Starość
Poznać, przeżyć, zrozumieć

Starość

Poznać, przeżyć, zrozumieć

POD REDAKCJĄ

MAŁGORZATY HALICKIEJ

JERZEGO HALICKIEGO

EMILII KRAMKOWSKIEJ

BIAŁYSTOK 2016

Recenzenci:
prof. dr hab. Zofia Szarota
prof. dr hab. Piotr Błędowski

Opracowanie graficzne: Ewa Wencel
Redakcja: Janina Demianowicz
Korekta: Zespół
Redakcja techniczna i skład:
Ewa Wencel

Na okładce zamieszczono zdjęcie z archiwum Jerzego Halickiego.

ISBN 978-83-7431-506-7

Wydanie publikacji sfinansowano ze środków
Fundacji Centrum Transferu Wiedzy i Innowacji Społeczno-Pedagogicznych
w Białymstoku.

Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku,
15-097 Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 14, tel. (085) 7457120
http:/Wydawnictwo.uwb.edu.pl, e-mail ac-dw@uwb.edu.pl

Druk i oprawa: „Quick-Druk", s.c., Łódź

Spis treści

Table of Contents

Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa polskiego jest faktem. Statystyki demograficzne, publikowane m.in. przez Główny Urząd Statystyczny, nie pozostawiają wątpliwości – rodzi się zbyt mało dzieci, by następowała prosta zastępowalność pokoleń. Polacy żyją coraz dłużej dzięki postępowi medycyny i poprawie warunków życiowych, co w konsekwencji prowadzi do tego, że na ulicach, w autobusach, sklepach, parku, czy w różnych innych miejscach coraz częściej możemy spotkać osobę w podeszłym wieku. Nie będzie zatem przesadne wnioskowanie, że starość demograficzna stała się istotną kwestią społeczną, wymagającą uwagi i wieloaspektowej analizy. Nic więc dziwnego, że o starości mówią politycy w kontekście tworzącej się polityki senioralnej, media – przedstawiające mniej lub bardziej przychylny obraz polskiej starości, jak też przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych analizujący wybrane aspekt polskiej starości, m.in. podczas konferencji czy sympozjów. Słuszne jest wielopłaszczyznowe rozeznanie zjawiska starzejącej się populacji Polski, gdyż dzięki temu więcej o niej wiemy i łatwiejsze jest reagowanie na pojawiające się problemy.

Interdyscyplinarne podejście wobec wyzwań wynikających z procesu starzenia się społeczeństwa polskiego było zamysłem organizatorów ogólnopolskiej konferencji, która odbyła się w maju 2015 roku w Supraślu koło Białegostoku. Konferencja zainicjowała cykl spotkań pod hasłem *Sens i bezsens starości*. Różne są bowiem historie ludzi starych, różna jakość ich życia i codzienność - czasami radosna i szczęśliwa, innym razem skłaniająca do pytania o sens doświadczeń i ponoszonych trudów.

Inspiracją do tego przedsięwzięcia była książka prof. Brunona Synaka pt. *Sens i bezsens choroby nieodwracalnej*, wydana już po śmierci autora. Wielu uważa, że jest ona duchowym testamentem Profesora, uczącym szacunku szczególnie wobec osób z niepełnosprawnością i starych. Doświadczenie niepełnosprawności fizycznej będącej efektem choroby, która dotknęła Profesora sprawia, iż przekazywane przez niego treści poruszają serce i nakazują pytać o sens i bezsens tego, co nas w życiu spotyka. Dlatego też pierwsza z cyklu konferencja została poświęcona tym dwóm zagadnieniom – niepełnosprawności i starości.

Profesor Brunon Synak to wielka postać w świecie gerontologii, a jego przedwczesne odejście w grudniu 2013 roku sprawiło, iż organizatorzy kon-

ferencji, przyjaciele i współpracownicy Profesora, pragnęli przywołać wspomnienia o Nim podczas konferencji i jedną z sesji poświęcili Jego pamięci.

Przedkładana książka stanowiąca tom pierwszy rozważań, zawiera artykuły dotyczące starości. Refleksje związane z niepełnosprawnością zostaną opublikowane w osobnym tomie. Książka składa się z czterech części.

Pierwszą zatytułowaną *Pamięci Profesora Brunona Synaka*, stanowią teksty związane z osobą Profesora, Jego sylwetką, odniesione do kaszubskiej tożsamości, a także artykuły związane z tematyką śmierci, czy cierpienia, którego doświadczał Profesor.

Kolejną część książki tworzy osiem artykułów, których tematykę oddaje tytuł rozdziału, *Starość – poznać*. Profesor Ursula Lehr – wybitna psychogerontolog z Instytutu Gerontologii Uniwersytetu w Heidelbergu – wyjaśnia, że analizując jakiekolwiek zjawisko, najpierw należy je poznać, by dzięki temu możliwe było odpowiednie jego przeżycie, a w następstwie tego – zrozumienie. Taki też przyjęliśmy układ książki.

Autorzy poszczególnych tekstów mieszczących się w części drugiej książki przedstawiają różne aspekty starości – od problemów będących immanentną częścią procesu starzenia (zaburzenia psychiczne, zależność od opieki), poprzez postawy wobec seniorów i realizację ich praw, po politykę społeczną i zdrowotną wobec osób starszych, która powinna rozwiązywać trudności doświadczane przez najstarszych członków społeczeństwa. Wszystko to ma służyć lepszemu poznaniu starości.

Trzecią część książki – zatytułowaną *Starość – przeżyć* – stanowią artykuły ukazujące starość z perspektywy ludzi starych. Autorzy przedstawiają refleksyjność podeszłego wieku i wspomnienia wyryte w sercach seniorów, ich samotność, sposób postrzegania własnej starości, codziennego funkcjonowania czy dokonań życiowych. Przedstawione treści to interesujące ujęcie problematyki starości, bo rysowane przeżyciami tych, którzy jej doświadczają.

Czwarta część książki zawiera osiem tekstów mówiących o zrozumieniu starości. Autorzy poszczególnych artykułów opisują wybrane problemy towarzyszące postępującemu procesowi starzenia się, m.in. pogarszającą się jakość życia, nadmiar czasu wolnego, problemy zdrowotne czy zmaganie się z kwestiami egzystencjalnymi tak charakterystycznymi ostatniemu etapowi życia. Prezentowane treści stanowią mądrą refleksję dotyczącą starości, pomagającą zrozumieć specyfikę podeszłego wieku.

Oddajemy zatem w Państwa ręce publikację bogatą w treści dotyczące starości, których lektura - mamy nadzieję - przyczyni się do lepszego poznania i zrozumienia ostatniego okresu życia, a w dalszej perspektywie - do pomyślnego jego przeżycia.

Redaktorzy

Część I
Pamięci Profesora Brunona Synaka

Małgorzata Halicka

Profesor Brunon Synak – kim był, jakim Go pamiętamy

Profesor Brunon Synak to wybitny naukowiec, zaangażowany badacz, ale i „zatroskany roztropnie" – jak sam mawiał – działacz w sferze publicznej. Dla środowiska naukowego socjologów i gerontologów w Polsce był wielkim autorytetem, postacią wyrazistą o dużym potencjale naukowym i bardzo znaczącym dorobku w obszarach, w których się specjalizował.

Urodził się w miejscowości Podjazy na Kaszubach w roku 1943 jako najmłodszy spośród siedmiorga rodzeństwa (czterej bracia i dwie siostry). Tam też ukończył szkołę podstawową. Naukę kontynuował w Liceum Pedagogicznym w Kościerzynie. Po rocznej pracy w charakterze nauczyciela Szkoły Podstawowej w Borku Kamiennym rozpoczął naukę w Studium Nauczycielskim Wychowania Fizycznego w Gdańsku. Po ukończeniu SN-WF-u rozpoczął studia w Wyższej Szkole Pedagogicznej na kierunku pedagogika. W trakcie studiów interesował się szczególnie metodologią nauk społecznych oraz socjologią religii, a działalność w Naukowym Kole Socjologii pozwoliła nie tylko na badanie otaczającego świata, ale i refleksję, aby go kształtować i zmieniać. Pracę magisterską zatytułowaną *Drogi życiowe młodzieży wsi Podjazy* napisaną pod kierunkiem prof. Bolesława Maroszka obronił w 1968 roku. Po ukończeniu studiów Brunon Synak podjął pracę w Gdańskich Zakładach Radiowych „Radmor" jako socjolog zakładowy. Po rocznym „radmorowskim" epizodzie rozpoczął studia doktoranckie w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego. W roku 1973 obronił pracę doktorską poświęconą problemom starych rolników, napisaną pod kierunkiem prof. Stefana Nowakowskiego. W tym samym roku, już jako doktor, podjął pracę w Uniwersytecie Gdańskim i był z nim zawodowo związany do końca swojego życia.

W 1983 roku uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego, na podstawie oceny dorobku naukowego oraz pracy *Migracja i adaptacja ludzi starych do środowiska miejskiego*, 27 grudnia 1993 roku z rąk Prezydenta RP otrzymał tytuł profesora nauk humanistycznych.

Funkcję kierownika Zakładu Socjologii Ogólnej w Instytucie Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytetu Gdańskiego sprawował od roku 1989 przez ponad dwadzieścia lat. W latach 1984-85 był prorektorem UG do spraw studenckich, a od 1990 roku, przez dwie kadencje, pełnił funkcję prorektora do sraw kształcenia.

W pracy naukowej Profesora Brunona Synaka można wyróżnić dwa główne obszary zainteresowań: gerontologię społeczną, a może raczej socjologię starości oraz problemy tożsamości etnicznej i regionalnej rozpatrywanej najczęściej na przykładzie kultury Kaszub i Pomorza. Jak szczerze napisał: „zawsze przejawiałem silną więź emocjonalną z kaszubsko-pomorskim regionem, jako osoba od pokoleń tu zakorzeniona. Ta okoliczność dodatkowo (…) zobowiązuje do wytężonej pracy na rzecz tej ziemi i jej mieszkańców".

Innym równie istotnym obszarem Jego pracy naukowej były badania związane z transformacją ustrojową. Profesor Brunon Synak jako wybitny autorytet naukowy był postacią bardzo znaną i cenioną w świecie nauki nie tylko w Polsce, ale i poza jej granicami. Współpracował z naukowcami ze Stanów Zjednoczonych, Finlandii, Wielkiej Brytanii i Niemiec.

Opublikował około 250 prac naukowych. Pierwszą książką, stanowiącą zmienioną wersję Jego pracy doktorskiej były *Problemy starych rolników*, wydane w 1976 roku. Inne wybrane prace, to: *Migracja i adaptacja ludzi starszych do środowiska miejskiego* (1982), *Młodzi emeryci* (1987), *Kaszubska tożsamość. Ciągłość i zmiana* (1998), *Polska starość* (2002).

Chcę też wspomnieć o wyjątkowej, bardzo osobistej Jego książce *Moja kaszubska stegna*, która ukazała się w 2010, a w której wątki autobiograficzne powiązał z własną refleksją nad losami Kaszubów od czasów zakończenia II wojny światowej po współczesność. Z prowadzonych wielu rozmów z Profesorem wiem, że intensywnie pracował nad kolejną książką, która miała być zwieńczeniem Jego naukowych refleksji splecionych przeżywaniem codzienności w chorobie i cierpieniu. Jako człowiek obdarzony wieloma darami, człowiek wierzący, o wyjątkowej „wyobraźni socjologicznej", mocno doświadczony w ostatnich latach cierpieniem, najlepiej rozumiał, co dzieje się z człowiekiem, jeśli przychodzi czas choroby, a on sam występuje w roli chorego. Miał potrzebę, a może nawet pragnienie, aby swoimi przemyśleniami na temat sensu, a może bezsensu cierpienia podzielić się z nami. Jego nieprzeciętne zdolności, olbrzymi potencjał naukowy, a przede wszystkim doświadczanie choroby zadecydowały o powstaniu wybitnego, ostatniego dzieła, które nie zostało dokończone, bo przeszkodziła nieodwracalna choroba, ale które zostało opublikowane. Książka *Bezsens i sens choroby nieodwracalnej*, nad którą tak intensywnie pracował w końcowej fazie swojego życia, a którą dedykował swojej żonie Jadwidze, została wydana przez Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie w 2014 roku. Stało się to już po Jego śmierci.

W 1985 roku Profesor Brunon Synak został członkiem Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego, a przez dwie kadencje (1998-2004) był jego prezesem. W czasie kierowania Zrzeszeniem Profesor Brunon Synak dążył do tego, aby elementy kaszubskiej kultury i języka były obecne podczas

nabożeństw i liturgii. Udało się tego dokonać przy wsparciu arcybiskupa gdańskiego Tadeusza Gocłowskiego. Jednym z ważniejszych działań tych kadencji było przejęcie na własność przez Zrzeszenie budynków Kaszubskiego Uniwersytetu Ludowego w Wieżycy i Starbieninie oraz utworzenie Fundacji „Kaszubski Uniwersytet Ludowy".

W 1998 roku został wybrany do nowo utworzonego sejmiku pomorskiego. W 2002 uzyskał reelekcję na II kadencję. Objął wówczas funkcję przewodniczącego sejmiku. Stał się inicjatorem działań podkreślających dziedzictwo i różnorodność województwa i apelował, abyśmy potrafili różnić się pięknie. W roku 2006 został wybrany na III kadencję i po raz kolejny objął funkcję przewodniczącego.

Rok 2010 był dla Profesora Brunona Synaka bardzo znaczący. Podjął decyzję o wycofaniu się z działalności politycznej. Postępująca choroba była tylko jednym z motywów. „Decyzję o wycofaniu się z życia politycznego – pisze Profesor Brunon Synak – podjąłem – niezależnie od późniejszych problemów zdrowotnych – jeszcze przed jej rozpoczęciem. Uważam bowiem, że żadnej roli nie można przeciągać w nieskończoność – tym bardziej roli politycznej. Trzeba ustąpić miejsce młodszym w momencie, który nie wynika z konieczności, lecz ze świadomego wyboru". Za zasługi na rzecz województwa pomorskiego 28 marca 2011 roku został nagrodzony Honorowym Wyróżnieniem przez Kapitułę i Radnych Sejmiku.

Za wybitne zasługi dla rozwoju samorządu terytorialnego w Polsce, za osiągnięcia w pracy naukowej i dydaktycznej, postanowieniem Prezydenta Bronisława Komorowskiego z 8 listopada 2010 odznaczono go Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Także za działalność na rzecz rozwoju i podniesienia znaczenia kaszubskiej tożsamości został w 2008 uhonorowany przez Zarząd Główny ZKP Medalem im. Floriana Ceynowy „Budziciel Kaszubów.

Profesor Brunon Synak był również zaangażowany w prace Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. W latach 1988–1989 był przewodniczącym Gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Przez wiele lat był członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Był liczącym się kandydatem na przewodniczącego Zarządu Głównego PTG. Jednak ze względu na liczne obowiązki zawodowe nie podjął się pełnić tej roli. Był natomiast aktywny jako członek Zarządu. Za zasługi na rzecz PTG, Zarząd Główny na Zjeździe w Poznaniu w roku 2013 przyznał Profesorowi Honorowe Członkostwo Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. To tylko niektóre obszary zainteresowań i zaangażowania Profesora Brunona Synaka. Odszedł za wcześnie. Zmarł 18 grudnia 2013 roku w Gdańsku.

W końcowej refleksji chciałabym odnieść się jeszcze do jednego wątku, który dla mnie ma szczególny charakter. Tak się w moim życiu szczęśli-

wie poukładało, że moje drogi naukowe splotły się na wiele lat z drogami Profesora Brunona Synaka. Jestem z tego bardzo dumna i poczytuję sobie to za zaszczyt. Dziękuję losowi, że miałam szczęście „dorastać naukowo pod skrzydłami" Pana Profesora. Wypromował mnie jako pierwszego swojego doktora socjologii. Niezapomniana i bardzo rozwijająca była także zespołowa praca w ramach projektu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, którym wówczas kierował Profesor, a ja byłam jednym z głównych wykonawców tego projektu. Pokłosiem ponad 3-letniej współpracy było przygotowanie książki *Polska starość*, która ukazała się w 2002 roku. Liczne spotkania, wiele interesujących dyskusji, wzmożona praca i dyscyplinowanie Profesora, by dotrzymać terminów, jeszcze bardziej rozwijały i integrowały zespół. Naszą współpracę można by podsumować słowami piosenki: „To były piękne dni".

Z troską – jak zawsze – patrzył na dalsze moje poczynania naukowe. W przewodzie habilitacyjnym oceniał – jako recenzent – mój dorobek naukowy. Nie zdarzyło się, aby Profesor Brunon Synak poproszony o pomoc – kiedykolwiek jej odmówił. Jako jedna z nielicznych w Polsce bardzo kompetentnych osób w obszarze gerontologii, z posiadaną specjalnością gerontolog społeczny, recenzował naszą książkę na temat przemocy, przygotowaną w ramach projektu badawczego.

Z rozrzewnieniem wspominam także uroczystości jubileuszowe w Białymstoku z okazji 80 rocznicy urodzin i 55 rocznicy pracy naukowej Profesora Wojciecha Pędicha, które Profesor Brunon Synak uświetnił swoją obecnością i wygłoszoną, zapadającą w pamięć i serca wyjątkową laudacją.

Wspominam Profesora Brunona Synaka z ogromnym żalem, bo był to człowiek mądry, o wysokiej kulturze osobistej, życzliwych intencjach, oddany sprawie, ale też wymagający. Któregoś razu w rozmowie telefonicznej zapytał mnie: „czy chciałabyś przeczytać tekst, który napisałem z okazji otrzymania Honorowego Wyróżnienia «Za zasługi dla województwa pomorskiego»? Tak, z chęcią – odpowiedziałam. Tekst liczący niemal 3 strony czytałam wielokrotnie i stale do niego wracam i wracać będę, bo odnalazłam w nim cząstkę Profesora, który za Plutarchem tak oto w tekście przemówił: Przecież nie same nasze ręce, ani nogi, ani siła ciała są bogactwem i częścią państwa, lecz przede wszystkim dusza i to, co w niej piękne, a mianowicie sprawiedliwość, umiarkowanie i mądrość".

Obiecuję Panie Profesorze, Drogi Brunonie, że nie tylko ja, ale także moi uczniowie i całe pokolenia, czerpać będziemy z Twoich mądrości, które napisałeś i nam – potomnym – zostawiłeś.

Profesor Brunon Synak we wspomnieniach współpracowników i przyjaciół





Lublin, 1992 – obrona pracy doktorskiej – pierwsza promocja Profesora Brunona Synaka





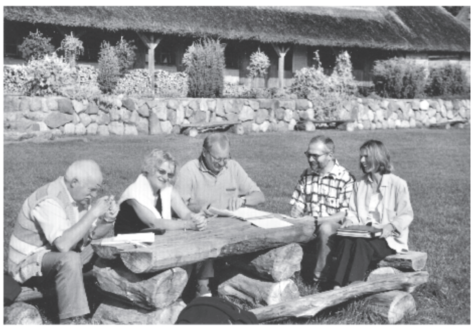
Kraków, Instytut Socjologii UJ, Indiana University Center of Philantrophy Project 1996



Sasek Mały koło Szczytna,1999
wykonawcy projektu badawczego
PTG „Polska starość"









Goręczyno – Kaszuby, 2001
wykonawcy projektu badawczego
PTG „Polska starość"




Goręczyno – Kaszuby 2001, wykonawcy projektu badawczego PTG „Polska starość”






Vancouver (Kanada) 2001,
World Congres of International
Associaton of Gerontology





Lipowy Most, 2005 spotkanie
w ramach projektu badawczego
EUROFAMCARE





Lublin, 2005
spotkanie po kolokwium
habilitacyjnym



Mirosław Sobecki

Brunon Synak – tożsamość społeczno-kulturowa w perspektywie biograficznej



Brunon Synak – fot. Maciej Kosycarz/KFP

W życiu każdego człowieka istotne jest osadzenie w zbiorowości, które daje poczucie satysfakcji i tworzy podstawy do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa. Przynależność do grupy można analizować z perspektywy zewnętrznej stosując przyjęte kryteria; kategoryzować jednostkę, przypisywać jej określone atrybuty. Można także uwzględniać *stricte* humanistyczną perspektywę, gdzie głos oddajemy osobie, której tożsamość analizujemy. Mówimy wówczas o autoidentyfikacji tożsamościowej. Szczególną rolę odgrywa w niej autobiografia. W moim przekonaniu analizy autobiograficzne nie były dotychczas w dostatecznym stopniu uwzględniane w polskich badaniach tożsamości społeczno-kulturowej. Wiele się jednak w tym względzie zmienia. Także w pedagogice obserwuje się duże zainteresowanie nurtem biograficznym w ramach rozwijania jakościowego paradygmatu badawczego.

W niniejszym tekście pragnę przedstawić kilka refleksji dotyczących autobiograficznych elementów w opisie własnej tożsamości niezwykłej osoby, uznanego socjologa, działacza społecznego i niezwykłego człowieka – Brunona Synaka. Podstawowym materiałem wykorzystanym do analiz będzie wydana tuż przed śmiercią Autora książka *Moja kaszubska stegna*. Zapewne nie bez znaczenia jest fakt, że jego losy są bliskie wielu osobom

ukształtowanym na pograniczu, gdzie znaczenia nabierają różnorakie kulturowe niuanse i przenikają się wzajemnie przestrzenie symboliczne wchodzących w interakcje zbiorowości. Tożsamości pogranicza, zwłaszcza gdy mówimy o jednostkach ponadprzeciętnych, są często przykładami umiejętności życia w warunkach, które coraz intensywniej znów nam towarzyszą w postępujących procesach globalizacji i nabierających szalonego tempa powszechnych migracji.

Przykład wielowymiarowej tożsamości

W początkach socjologicznych i pedagogicznych rozważań o tożsamości społeczno-kulturowej dosyć często popełniano istotny błąd, polegający na analizowaniu jednej, niejako „wypreparowanej" jej sfery. Tymczasem człowiek w trakcie swego życia staje się bardziej lub mniej świadomym członkiem wielu zbiorowości. Część z nich posiada wyraźną specyfikę kulturową. Nie jest bez znaczenia to, co wynika z interakcji poszczególnych sfer. Do najczęściej analizowanych należą sfera etniczno-narodowa, religijna, regionalna czy też – zwłaszcza ostatnio – europejska.

Wszystkie pojawiają się w relacji autobiograficznej Brunona Synaka. Niektóre bardziej wyraziście, inne mniej. Jest to zgodne z koncepcją profilu identyfikacyjnego, którego istotną cechą jest uchwycenie dominanty identyfikacji w łącznie analizowanych przestrzeniach odczuwanej przynależności[1]. w przypadku Brunona Synaka nie jest trudno wyodrębnić tę dominującą sferę. Wskazuje na nią już sam tytuł autobiograficznej książki. Kaszubskość stanowi rdzeń tożsamości autora. Brunon Synak w swoich wspomnieniach często podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu poczucia tożsamości. Bardzo dobitnie czyni to prezentując swoje zakorzenienie: Jeśli „za kryterium tożsamości regionalno-etnicznej przyjąć pochodzenie najbliższych przodków, to bez wątpienia warunek kaszubskości spełniam w całej rozciągłości. Można powiedzieć, że ja i moja rodzina jesteśmy «stąd» od zawsze"[2].

Profesor Synak zawsze zajmował bardzo wyraźne stanowisko w sprawie uznawania mniejszości kaszubskiej jako grupy narodowej. W trwającym wokół tego zagadnienia sporze wyraźnie opowiada się za kultywowaniem etnicznej kultury kaszubskiej bez aspiracji narodowych. Wyraziście artykułuje to w następujących słowach: „Nigdy moja silna identyfikacja kaszubska nie przeszkadzała mi – jestem przekonany, że tak jest w przypadku przygniatającej większości Kaszubów – w jednoczesnym poczuciu przyna-

1 Szerzej o profilu identyfikacyjnym [w:] M.Sobecki, *Kultura symboliczna a tożsamość. Studium tożsamości społeczno-kulturowej Polaków na Grodzieńszczyźnie z perspektywy edukacji międzykulturowej*, Trans Humana, Białystok 2007.

2 B. Synak, *Moja kaszubska stegna*, Bernardinum, Pelplin 2010, s. 51.

leżności do narodu polskiego. Tu nie ma żadnej sprzeczności"[3]. Tym samym uznany socjolog, w odniesieniu do własnej tożsamości, daje wyraz znaczeniu dwu wymiarów – regionalno-etnicznemu oraz narodowemu. Polskość nie staje tu w opozycji do kaszubskości, wyraźnie są wobec siebie komplementarne.

W relacjach autobiograficznych Brunona Synaka pojawiają się jeszcze przestrzeń religijna oraz europejska. W niniejszym tekście spróbuję przyjrzeć się każdej z nich określając relacje między nimi oraz ich hierarchię w tożsamości społeczno-kulturowej. Już na wstępie należy zauważyć opinię socjologa, że w globalnej wiosce, w której przyszło nam żyć, „umacniała się będzie potrzeba zakotwiczenia (co najmniej symbolicznego) własnego «ja» w warstwie genealogiczno-historycznej – jako swoista reakcja psychoterapeutyczna na poczucie zagubienia w kulturze masowej i uniwersalnej"[4].

Mała, ale wielka ojczyzna…

O hierarchii poszczególnych tożsamościowych wymiarów w identyfikacjach społeczno-kulturowych w niektórych wypowiedziach Autor mówi sam, opisując ją bardzo wyraziście. Dotyczy to np. relacji między kaszubskością, polskością i niemieckością. w przywoływanej tu autobiografii pisze on o tym w następujący sposób:

„Jeśli miałbym spojrzeć na warunki kształtujące moją tożsamość w dzieciństwie, to należałoby powiedzieć, że miały one charakter wielokulturowy: kaszubsko-polsko-niemiecki. Kolejność tych elementów w tej trójczłonowej strukturze oznacza proporcjonalny udział poszczególnych kultur"[5].

Hierarchia ta ma oczywiście proweniencję interakcyjną. Kształtowały ją losy profesora Synaka i osób, wśród których żył. Naturalne zanurzenie w kaszubskości z biegiem czasu zderzało się z koniecznością życia w odmiennej, szerszej przestrzeni kulturowej. W tym kontekście wyrazista tożsamość kaszubska zyskiwała na znaczeniu, chociaż była poddawana ciągłej racjonalizacji, przez świadomą konfrontację z ludźmi reprezentującymi odmienną kulturę w trakcie kontaktów z nimi. Interakcja z odmiennością jedynie wzmacniała poczucie przynależności do kultury kaszubskiej. Profesor Synak pisze, że „kaszubskość była sprawą tak bardzo naturalną i tak bardzo zakorzenioną, że paradoksalnie jej obecność była niemal niedostrzegalna. Dochodziła ona do głosu jedynie wtedy, gdy pojawiał się «inny», zarówno w znaczeniu osobowym jak i kulturowym"[6].

3 Tamże, s. 70.
4 Tamże, s. 71.
5 Tamże, s. 52.
6 Tamże, s. 61.

Kultura kaszubska wchodząc w interakcje z innymi systemami kulturowymi obejmowała symbole będące przykładem wzajemnego oddziaływania i przenikania się. W ramach egzemplifikacji można przywołać wspólnotę wielu symboli z sąsiadującą od południa grupą etniczną Kociewiaków. W powszechnej świadomości Kociewie jest zdecydowanie mniej obecne niż Kaszuby, jednak, kiedy przyjrzymy się kociewskiej gwarze znajdziemy tam wiele przykładów powinowactwa z symboliczną przestrzenią Kaszubów[7].

Podobne symbole kulturowe funkcjonujące w obu obszarach najlepiej uchwycił w swoich naukowych dociekaniach ksiądz Bernard Sychta, autor pomnikowych dzieł zawierających słownictwo kaszubskie i kociewskie. Należał on – podobnie jak Brunon Synak – do jednych z najbardziej znaczących działaczy Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego. Jako osoba urodzona na pograniczu Kaszub i Kociewia chciałbym przywołać tu jedynie te terminy, wspólne dla kultury obu regionów, które znajdziemy na kartach książki *Moja kaszubska stegna*.



Talerz ze słodkościami – Bunter Teller

Duża część charakterystycznego słownictwa gwarowego Pomorza, Śląska czy Wielkopolski jest efektem wpływu języka niemieckiego. Klasycznym przykładem jest przejęta z kultury niemieckiej tradycja Bunter Teller[8]. Zgodnie z nią w Wigilię Bożego Narodzenia każdemu z domowników przygotowywano talerz z łakociami. Umieszczano go często pod choinką.

7 Szerzej pisze o tym Hanna Popowska-Taborska we wstępie do pierwszego tomu dzieła księdza Bernarda Sychty, *Słownictwo kociewskie na tle kultury ludowej*, Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1980.

8 B. Synak, *Moja kaszubska stegna…*, s. 35.

Tradycję tę pamiętam jako funkcjonującą na Kociewiu i Kaszubach jeszcze w latach 60. minionego wieku. W czasach socjalistycznych niedoborów elementem wchodzącym w skład talerza z łakociami była pachnąca pomarańcza prosto z Kuby. Podczas Wigilii w domach pomorskich pojawiał się nie św. Mikołaj, ale gwiazdor, zwany też czasem gwizdorem[9]. Na prezenty pod choinką nie mógł liczyć *rojber*,[10] czyli nicpoń, łobuz. To kolejny wyraz obecny w różnych gwarach na pograniczu polsko-niemieckim. Podobnie właściciel gospodarstwa rolnego nazywany jest w nich gburem[11].

W czasie wolnym, nie tylko w święta chętnie grano w Baśkę, grę karcianą ze skomplikowaną dla niewtajemniczonych licytacją i rozgrywką. Bardzo charakterystycznym elementem kultury symbolicznej stanowiącej o tożsamości regionalnej są formuły pożegnania o charakterze religijnym[12]. Do dziś spotkamy je tak na Pomorzu, jak i na Śląsku.



Dom rodzinny Brunona Synaka w Podjazach

Oczywiście nie tylko pojedyncze słowa odgrywały tu ważną rolę. Język kaszubski był pierwszym językiem, w którym socjalizował się Autor *Mojej kaszubskiej stegny*. O roli tego języka pisze on w następujących słowach:

„Nie wiem, jakie były pierwsze słowa Mamy wypowiedziane do mnie, ani jakie było moje pierwsze słowo po przyjściu na świat. Jedno jest pewne: w jednym i drugim wypadku były to słowa kaszubskie. Kaszubszczyzna była niemal wyłącznym językiem mojego dzieciństwa, i podstawowym kodem kulturowym życia rodzinnego"[13].

9 Tamże, s. 34.
10 Tamże, s. 18.
11 Tamże, s. 10; 13; 21, 34 i inne.
12 Tamże, s. 40.
13 Tamże, s. 76.

Wyjątkiem były kontakty z niemieckim rówieśnikami z sąsiedztwa oraz sfera aktywności religijnej, albowiem modlitwy, zarówno w kościele, jak i w domu – co podkreśla Brunon Synak – zawsze odbywały się w języku polskim. Tuż po zakończeniu II wojny światowej w kształtowaniu związków z językiem i kulturą polską pewną rolę odgrywała także polska prasa i radio. Jednak najistotniejszy w pierwotnej socjalizacji był stosowany w domu język kaszubski. To właśnie język, tradycje, ale także silna – jak pisze sam Autor – wręcz „fundamentalistyczna" więź z rodziną stanowiły dlań najsilniejsze zakotwiczenie kaszubskiej tożsamości[14].

O tożsamości narodowej

Język jako podstawowy budulec interakcji stał się także ważnym elementem konstruowania przynależności narodowej. W relacji autobiograficznej Brunona Synaka sfera narodowa wyraźnie jest lokowana w hierarchii zaraz po identyfikacji z kaszubskością. Podkreślany jest w pełni autonomiczny charakter budowania poczucia przynależności narodowej. Wyraża się to w słowach: „Szanuję pełne prawo do wyboru własnej przynależności narodowej przez każdego z nas, a za najważniejsze jej kryterium uważam własną autoidentyfikację"[15].

Używając tych słów Autor *Mojej kaszubskiej stegny* literalnie wskazuje na najbardziej humanistyczny sposób definiowania tożsamości. Identyfikacyjna deklaracja osoby jest tu najistotniejsza. Tym samym jeszcze bardziej znaczącymi stają się zapiski zawarte w autobiograficznej książce. Profesor nawołuje przy tym do umiaru. Ostrzega, że „z narodowością, a właściwie szerzej z etnicznością, jest jak z lekarstwem, działa pozytywnie tylko w odpowiednich dawkach., a w nadmiarze może być szkodliwa a nawet zabójcza"[16].

Na tym tle rysuje się poważny, wcześniej wspominany spór toczony wewnątrz Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego, o relację polskości do kaszubskości. Brunon Synak pozostając wierny swoim poglądom należał do tych działaczy Zrzeszenia, którzy prowadzili dialog ze zwolennikami opcji narodowej. Ważnym jego elementem było stanowisko przyjęte przez Radę Naczelną Zrzeszenia w 2003 roku. Zostało ono przygotowane i zaproponowane przez Autora wspomnień i zawierało następujące słowa:

„Uważamy, że nikomu nie można zabierać ani narzucać identyfikacji etnicznej czy narodowej. Tożsamość jest sprawą własnej autoidentyfikacji, opartej na genealogii, więziach kulturowych i poczuciu grupowej przynależności. (…) Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie jest organizacją regional-

14 Tamże, s. 61.
15 Tamże, s. 70.
16 Tamże, s. 71.

no-etniczną otwartą na całe bogactwo kulturowe Pomorza (…), którego najbardziej wyrazistym rdzeniem jest społeczność kaszubska, głęboko wrośnięta w polską tradycję narodową. Zdecydowanie przeciwstawiamy się wąskiej formule Zrzeszenia jako reprezentanta mniejszości narodowej"[17].

Ten cytat w jednoznaczny sposób wskazuje na obecność w tożsamości samego Autora, jak i wielu innych Kaszubów dwu bardzo silnych wymiarów tożsamościowych regionalnego – kaszubskiego oraz narodowego – polskiego. Proporcje identyfikacji zbiorowych z polskością i kaszubskością zmieniały się w trakcie życia uczonego. Ich ewolucja była także efektem intensywności interakcji. Jednak nigdy nie była ona silniejsza niż przywiązanie do kultury kaszubskiej. Rozpoczęcie nauki w szkole średniej, następnie studia i późniejsza aktywność społeczna stopniowo wzmacniały rolę identyfikacji narodowej.

Warto zwrócić uwagę na ten fragment relacji Brunona Synaka, który dotyczy roli nauczycieli, w kształtowaniu tożsamości kulturowej, w czasach, kiedy Autor wspomnień uczęszczał do szkoły. Niestety, nauczycielki pochodzące spoza regionu i nierozumiejące nie tylko specyfiki kultury kaszubskiej, ale także języka kaszubskiego, dawały niejednokrotnie wyraz swemu negatywnemu stosunkowi do Kaszubszczyzny. Tym samym pogłębiały istniejące kulturowe kompleksy, które w relacji przywoływane są wielokrotnie. Bardzo mocno brzmią słowa Autora autobiografii, kiedy pisze, że to za przyczyną młodych nauczycielek przysłanych na Kaszuby z głębi kraju „szkoła nasza pełniła jednoznacznie antykaszubską oraz antyregionalną funkcję"[18]. Zapewne w owych czasach nie było to zjawisko wyjątkowe. W każdym zakątku kraju usiłowano rugować z życia publicznego gwary regionalne. Ze względów oczywistych dotyczyło to także tych zbiorowości, które utraciły swoje małe ojczyzny w wyniku zmiany granic. Sytuacja nie zmieniła się radykalnie podczas nauki w Liceum Pedagogicznym w Kościerzynie, która przypadła już w okresie pogomułkowskiej popaździernikowej „odwilży". Tak ją charakteryzuje Autor: „w szkole średniej odczuwałem, że należę do – używając fachowego określenia – mniejszości etnicznej, obciążonej doświadczeniem jakiejś formy dyskryminacji. (…) To poczucie stopniowo się zmniejszało, ale liceum nie zdołało skutecznie wyleczyć mnie z kaszubskiego kompleksu"[19].

Stygmatyzacja związana z używaniem języka kaszubskiego dotyczyła wiele osób, które znalazły się poza swoim środowiskiem i nie posiadały dobrej znajomości literackiej polszczyzny. Autor w swoich wspomnieniach przywołuje liczne przykłady takich stygmatyzujących sytuacji. Wielu młodych mężczyzn miało z nimi do czynienia podczas odbywania służby wojskowej, gdzie trauma pogłębiona była swoistą wojskową socjalizacją.

17 Tamże, s. 244.
18 Tamże, s. 82.
19 Tamże, s. 84.

Wpływy kultury niemieckiej

Język niemiecki był obecny w wielu kaszubskich domach, co jest oczywiste, w związku z umiejscowieniem Kaszub na pograniczu kultury polskiej i niemieckiej. Rodzice Autora biografii, podobnie jak wszystkie inne osoby z ich pokolenia, uczęszczali do niemieckiej szkoły elementarnej. Stąd też znajomość przez rodziców języka niemieckiego w piśmie przewyższała kompetencje w zakresie języka polskiego. Warto zauważyć, że większość urządzeń rolniczych i w młynie posiadała nazwy niemieckie. Swoją drogą, niemiecka terminologia związana z rzemiosłem na trwałe przeniknęła do polszczyzny, czego dowodem są jeszcze do niedawna powszechnie używane słowa takie jak: majster, hebel czy cyferblat[20]. Nie bez znaczenia była także praca ojca Autora wspomnień. Kontakty z właścicielem majątku Gustawem Wunschem odbywały się w języku niemieckim. Sprawcą kulturowej dyfuzji w krótkim okresie po wojnie była także młoda niemiecka dziewczyna o imieniu Greta. Przez dwa lata miała ona schronienie pod dachem państwa Synaków, po utracie kontaktu ze swoją rodziną zamieszkałą w okolicach Królewca[21].

Niezwykle ważną kwestią w tożsamości wielu pomorskich Polaków była sprawa niemieckiej listy narodowościowej w czasach okupacji hitlerowskiej. Jak wiemy, teren Pomorza został włączony bezpośrednio do III Rzeszy, a jego ludność miała zostać całkowicie zniemczona. W tym celu we wrześniu 1940 roku wprowadzono rozporządzenie dotyczące tzw. niemieckiej listy narodowościowej, popularnie nazywaną volkslistą. Jej podpisanie było związane z wypełnieniem szczegółowej ankiety, dotyczącej m.in. przynależności wyznaniowej, autochtoniczności, czy też krewnych zamieszkałych w Niemczech. Na podstawie danych zawartych w ankiecie przydzielano osoby do jednej z czterech grup volkslisty. Grupę pierwszą – Volksdeutscher – stanowiły osoby narodowości niemieckiej, które aktywnie działały na rzecz III Rzeszy w okresie poprzedzającym wojnę. Listę tą nazywano Reichslistą. W drugiej grupie – Deutschstämmige – znalazły się osoby deklarujące się jako Niemcy i posługujące językiem niemieckim w życiu codziennym. Ważnym kryterium było także kultywowanie przez te osoby kultury niemieckiej. To kryterium nie było szczególnie ostre w warunkach kulturowego pogranicza. Do trzeciej grupy – Eingedeutschte – weszły osoby od pokoleń zamieszkałe na określonym terenie i postrzegane przez niemieckich okupantów jako częściowo spolonizowane, należeli do nich właśnie Kaszubi. w grupie czwartej – Rückgedeutschte – znalazły się spolonizowane osoby z niemieckimi korzeniami, któ-

20 B. Nowowiejski, *W sprawie wpływów języka niemieckiego na polszczyznę*; „Poznańskie Studia" 17/37.

21 B. Synak, *Moja kaszubska stegna…*, s. 16.

re przed II wojną światową aktywnie pracowały dla Rzeczpospolitej, np. działały w różnych polskich organizacjach społeczno-politycznych.

Chociaż volkslista wprowadzona została na całym obszarze okupowanej Polski (zarówno w tzw. Generalnym Gubernatorstwie, jak i na obszarze bezpośrednio zaliczonym do terytorium Rzeszy) to w nadzwyczaj trudnej sytuacji znaleźli się mieszkańcy Śląska, Wielkopolski oraz Pomorza, ponieważ stosowano tam różnego rodzaju presję: od łagodnych nacisków administracyjnych (odebranie kartek żywnościowych, eksmisja), przez represje policyjne (uporczywe przesłuchania na policji połączone z torturami), kończąc na osadzeniu całej rodziny w obozie koncentracyjnym. Stopniowo represje nasilały się. Albert Forster w apogeum hitlerowskich podbojów w roku 1942 wydał odezwę zawierającą „ostateczne wezwanie" mieszkańców Pomorza do podpisania III grupy narodowościowej. Głosiła ona, że ci, którzy nie podpiszą listy będą traktowani jako najwięksi wrogowie Rzeszy i nie będą mogli dalej mieszkać na Pomorzu. Ostateczny termin podpisania listy wyznaczono na 31 marca 1942. Trzeba dodać, że w ostatnim okresie wojny konsekwencją podpisania listy narodowościowej był przymusowy pobór do Wehrmachtu. Taki los spotkał synów wielu pomorskich Polaków, którzy znaleźli się w tym niezwykle trudnym położeniu.

Sprawa podpisania przez ojca Brunona Synaka listy narodowościowej w trzeciej grupie była dla niego samego i dla całej rodziny bardzo bolesna. Autor wspomnień pisze o tym obszernie[22]. Trzeba tutaj koniecznie podkreślić, że podpisanie, bądź niepodpisanie listy stawało się w owych czasach kwestią *stricte* egzystencjalną. Trzeba było podejmować decyzje stanowiące często o życiu, a w najlepszym przypadku o dalszym życiu w tym miejscu, w którym od wielu pokoleń znajdowały się groby przodków. Rozpatrywanie tych kwestii współcześnie, w warunkach pokoju i niezagrożonej egzystencji zawsze musi być opatrzone olbrzymią wiedzą historyczną, kulturową i postawą głębokiej empatii. Trzeba także dodać, że sprawa ta nie była charakterystyczna tylko dla terenów zajętych przez III Rzeszę. Podobnie zachowywały się władze sowieckie na terenach Rzeczypospolitej zajętych po 17 września 1939 roku. Osoby, które nie chciały przyjąć sowieckiego obywatelstwa, były deportowane na Syberię, osadzane w łagrach bądź w skrajnych okolicznościach ginęły bez wieści. Szczególny nacisk na przyjmowanie obywatelstwa ZSRR położono po zakończeniu II wojny światowej. Wielu Polaków na terenach republik litewskiej, białoruskiej i ukraińskiej zmuszanych było do wyrzeczenia się polskiego obywatelstwa. W tym czasie większości z nich groziło już „tylko" porzucenie ojcowizny i dorobku pokoleń i przeniesienie się do Polski w nowych granicach.

22 Tamże, s. 317-320.

Brunon Synak wyraźnie podkreśla rolę komponentu emocjonalnego w tożsamości. Zwłaszcza w identyfikacji jest to czynnik najistotniejszy. Zarazem zaangażowanie emocjonalne nie może prowadzić do zamknięcia się na ludzi odmiennych kulturowo, a każdy człowiek zobowiązany jest do budowania wewnętrznej heterogeniczności w swoich kulturowych odniesieniach. *Moja kaszubska stegna* zawiera syntetyczną i jakże piękną deklarację dotyczącą tej kwestii: „Trzeba kochać rodzinę, swoją wieś czy miasto, środowisko lokalne, regionalne, kraj czy Europę, żeby **czuć się kimś.** Każda autentyczna tożsamość, zwłaszcza etniczna ma zawsze jakiś **podkład emocjonalny**; jeśli go nie ma – jest płytka, powierzchowna i mało wyrazista. **Wszystko zaś zaczyna się w rodzinie** (…) a następnie promieniuje na coraz szersze kręgi społeczności: grupę etniczną i naród. Ewoluuje i rozlewa się na coraz szersze obszary, niczym kręgi na wodzie. Tak jak kręgi – musi mieć swój pierwotny rdzeń. (…) Jestem przekonany, że moja obecna wyrazista **kaszubskość, polskość i europejskość** jest w dużej mierze pochodną głębokiego zakorzenienia w rodzinie i w «moich stronach»”[23].

Jednocześnie niezwykle ważne jest podkreślenie Autora, że więź emocjonalna, stanowiąca ważny warunek poczucia bycia „tożsamym” z członkami zbiorowości, do której się zaliczamy, czyli identyfikowania się z nimi, nie musi mieć nic wspólnego z negatywnym etnocentryzmem czy też etnicznym izolacjonizmem[24].

Religia jako kulturowa przestrzeń identyfikacyjna

Brunon Synak wyrastał w przestrzeni silnie nacechowanej tradycyjną religijnością. Religijne rytuały związane z rokiem obrzędowym stanowiły ważny element życia rodzinnego Autora we wczesnym dzieciństwie. Sfera religijna przenikała także jego codzienne funkcjonowanie, czego dowodem są wcześniej przypomniane formuły powitania i pożegnania. Brunon Synak pisał: „nakładanie się norm religijnych i obyczajowych szczególnie widoczne było w powszechnie obowiązujących zasadach pozdrowień i zwrotów. W miejscowym języku nieobecne były takie zwroty (nawet wypowiadane w języku kaszubskim), jak «dzień dobry» «do widzenia» «dziękuję» czy «smacznego». Ich funkcję pełniły kaszubskie odpowiedniki typu: **Niech bãdze pòchwôlony Jezus Christus, Ostańta z Bogiem,Bóg zapłac,Bòże pòmagôj, Bòże przeżegnòj”[25].**

Z doświadczeń piszącego te słowa wiadomo, że są one do dziś stosowane przez starsze i średnie pokolenie zarówno na Pomorzu jak i na Śląsku.

23 Tamże, s. 64.
24 Tamże, s. 64.
25 Tamże, s. 40.

W minionych wiekach religia częstokroć stanowiła ważne kryterium identyfikacyjne. W *Mojej kaszubskiej stegnie* znajdziemy podkreślenie, że kwestia świadomości narodowej i języka w przeszłości na terenie Kaszub miały „drugorzędne znaczenie. O wiele ważniejszy był podział według kryterium wyznaniowego, a więc na katolików (kojarzonych z polskością) i ewangelików (kojarzonych z Niemcami)”[26].

Potwierdzają to wspominane przez Brunona Synaka fakty używania do modlitwy wyłącznie języka polskiego.

„Znak krzyża świętego, oraz modlitwy: Aniele Boży, Ojcze Nasz, Wierzę w Boga, Zdrowaś Maryjo – wyznaczały początkowy zakres mojej znajomości języka polskiego. Nigdy w moim domu (podobnie jak i w innych domach na Kaszubach) nie modliliśmy się po kaszubsku. Tak samo było w kościele”[27].

Zmiany w tym względzie zaszły dopiero pod koniec XX wieku, kiedy to język kaszubski trafił także do liturgii Kościoła katolickiego. Bardzo znamienne dla tej ewolucji było niezwykłe wydarzenie w postaci umieszczenia na Górze Oliwnej w Jerozolimie tekstu modlitwy *Ojcze Nasz* w języku kaszubskim. Stało się to w roku 2000 podczas pielgrzymki Kaszubów do Ziemi Świętej. Dzięki tablicy z tekstem modlitwy po kaszubsku język kaszubski uzyskał szczególną nobilitację, stając się jednym z ponad stu języków reprezentowanych w tym miejscu.

Poza sferą języka liturgii pozostaje kultywowanie zwyczajów i tradycji świątecznych, tworzących bogatą w symbolikę obrzędowość. Znajdziemy bardzo szerokie opisy uczestnictwa Autora wspomnień w tych powtarzających się cyklicznie wydarzeniach. Najważniejsze z nich, podobnie ja w większości polskich rodzin, stanowiły obrzędy związane z Bożym Narodzeniem i Wielkanocą[28].

Przesłanie

Autobiograficzna relacja Brunona Synaka stanowi znakomitą egzemplifikację wielowymiarowej tożsamości społeczno-kulturowej. Ma ona ogromny walor dydaktyczny. Zwraca bowiem uwagę na znaczenie „wewnętrznej heterogeniczności”. Autor – znakomity socjolog z ogromną wrażliwością – nie tylko odkrywa meandry kształtowania się jego tożsamości społeczno-kulturowej, ale także dokonuje fachowej socjologicznej analizy. Mamy więc niepowtarzalną okazję, aby autobiograficzna relacja była od razu ujęta w ramy naukowej narracji.

---

26 Tamże, s. 52.

27 Tamże, s. 75.

28 Szeroko na ten temat B. Synak, *Moja kaszubska stegna…*, s. 31-40.

Brunon Synak w swojej relacji nadaje wartość kategorii różnicy, wskazując jednocześnie na całą złożoność kształtowania się identyfikacji na pograniczu kultur. Biografia Autora *Mojej kaszubskiej stegny* stanowi również przykład aktywnej postawy życiowej, pełnej dramatycznych zwrotów i dylematów, ale jednocześnie nacechowanej charakterem, zdecydowaniem i wrażliwością.

Stąd też – moim zdaniem – przywoływana tu autobiografia ma wyjątkowe znaczenie dla pedagogiki. Dotyczy to zwłaszcza tych osób, które na co dzień zajmują się kwestiami kształtowania się tożsamości na pograniczu kultur oraz funkcjonowaniem człowieka w warunkach dyfuzji kultury generowanych przez autochtonicznych mieszkańców. Jednak znaczenie książki wykracza poza tak wąsko rozumianą perspektywę. Stanowi ona bowiem znakomity przykład wrażliwości na kulturowe zróżnicowanie, a tym samym jest znakomitym narzędziem do budowania postaw mądrej otwartości na odmienność i kształtowania ogólnych kompetencji do komunikowania się z ludźmi odmiennymi kulturowo.

Brunon Synak – Socio-cultural Identity in a Biographical Perspective

The article presents an outline of the cultural identity of a typical inhabitant of a cultural borderland. Its main advantage is the subject reflecting on the their own identity. The article is based on the autobiography of Brunon Synak. In the sociologist's cultural self-portrait his Kashubian identity is dominant. The author also clearly refers to his Polish identity, as well as his religious affiliation in the cultural perspective.

Bibliografia:

Nowowiejski B., *W sprawie wpływów języka niemieckiego na polszczyznę*; „Poznańskie Studia" 17/37.

Sobecki M., *Kultura symboliczna a tożsamość. Studium tożsamości społeczno-kulturowej Polaków na Grodzieńszczyźnie z perspektywy edukacji międzykulturowej*, Trans Humana, Białystok 2007.

SychtaB., *Słownictwo kociewskie na tle kultury ludowej*, Ossolineum, Wrocław-Warszawa -Kraków-Gdańsk 1980.

SynakB., *Moja kaszubska stegna*, Bernardinum, Pelplin 2010.

Małgorzata Halicka

Proces umierania osoby starszej w doświadczeniu jednostkowym i zbiorowym

Wprowadzenie

Proces umierania to najtrudniejsze doświadczenie człowieka, który odchodzi, ale i tego, który w tym procesie towarzyszy. Proces umierania to rzeczywistość konkretna, szczególna, doświadczana indywidualnie i społecznie. Przeżywany czas ma wiele znaczeń, a możliwości działania w wymiarze jednostkowym i zbiorowym są ograniczone. Nasza własna biografia stanowi o przyjęciu odpowiedniej postawy w tej trudnej, granicznej sytuacji: niektórzy z nas są przygotowani do zaangażowanego i odpowiedzialnego uczestniczenia w procesie umierania, inni w sposób bezrefleksyjny to przyjmują, a jeszcze inni ignorują. Istnieje etyczny i moralny obszar wrażliwości jednostki: dla jednych ta traumatyczna sytuacja wiąże się z przeżywaniem, które może człowieka ubogacić wewnętrznie, dla innych może to być rutynowe działanie pozbawione zrównoważonego zaangażowania i empatii.

W pracy zaprezentowane zostaną te trudne, złożone i bardzo bolesne problemy związane z umieraniem człowieka. Punkt wyjścia stanowić będą rozważania o ludzkiej godności, a w szczególności o godności w starości, o godności w sprawowaniu opieki. Zasadnicza myśl koncentrować się będzie wokół procesu umierania doświadczanego w wymiarze jednostkowym i zbiorowym. Analizie poddane zostaną aspekty temporalne, zaprezentowana zostanie refleksja związana z towarzyszeniem i współprzeżywaniem w procesie umierania, podjęta zostanie także próba odpowiedzi na pytanie, co czuje umierający, a co odczuwa osoba towarzysząca? Towarzysząc z wrażliwością w procesie umierania, człowiek ma zdolność rozpoznać emocje umierającego, jego odczucia, jego stan ducha. To wszystko sprawia, że sytuacja przechodzenia na „drugi brzeg" staje się coraz bardziej przejmująca dla tych, co pozostają i współprzeżywają ten trudny akt odchodzenia.

Rodzi się zatem pytanie, co należy zrobić, aby proces umierania – we współczesnym społeczeństwie, a konkretnie w środowisku rodzinnym,

w instytucjach opiekuńczych i pomocowych – uczynić bardziej ludzkim, bardziej godnym?

O godności w starości

Rezolucja Organizacji Narodów Zjednoczonych z roku 1991 podkreśla, iż każdemu człowiekowi w podeszłym wieku należy się starość przeżyta z godnością, bezpieczna. W trosce o osoby starsze pisał także przed laty wybitny polski socjolog Jan Szczepański: „Starość jest przede wszystkim zjawiskiem świata zewnętrznego i ma wiele postaci. Ale dla każdego z nas, którzy po pięćdziesiątce i sześćdziesiątce zaczynamy uświadamiać jej różne postacie i przejawy, starość jest przede wszystkim problemem osobistym”[1]. Podobnie proces umierania osoby starszej jest przede wszystkim doświadczeniem osobistym, jednostkowym, jest to czas choroby i czas chorego. Jednak takie stwierdzenie byłoby uproszczeniem, gdyby nie zauważyć wymiaru zbiorowego procesu umierania. Nagła śmierć nie mieści się w tych ramach, zatem nie bez powodu mówimy o umieraniu człowieka w kategoriach procesu.

Mówiąc o godności w starości należy wziąć pod uwagę dwa pojęcia: *godność* (*dignitas* – łac.), która oznacza dostojność, wyróżnianie się np. sposobem bycia, to szczególna wartość człowieka, która zakłada poczucie wewnętrznej wolności, podmiotowości i odpowiedzialności oraz *godny* (*dognus*-łac.), czyli zasługujący, wart czegoś.

Podstawę godności natury ludzkiej stanowi autonomia. Wielki filozof I. Kant już przed wiekami o tym mówił. Zdaniem J. Kozieleckiego godność, to trwałe przekonania jednostki o jej autentycznej wartości jako człowieka, to moralny składnik osobowości każdego z nas. Autor mówi o godności wieloaspektowej: godności ludzkiej związanej z prawami człowieka oraz godności osobistej, która jest cechą charakteru[2]. Każdy człowiek niezależnie od wieku, rasy i religii ma prawo do godności i wychowania do niej, w żadnym z oddziaływań na ludzi nie można tego elementarnego prawa nikogo pozbawić, niezależnie od stanu zdrowia, czy dokonanych złych czynów[3]. Godność nawet rozumiana w sensie postulatywnym może skłaniać ludzi do refleksji nad tym, co w rzeczywistości jest, a co i jak powinno być[4]. Godność dotyczy wszystkich istot ludzkich, jest czymś wrodzonym, nikt nie może być godności pozbawiony, tak długo, jak posiadająca ją osoba żyje. „Godność osoby ludzkiej stanowi podstawę praw człowieka. Zasa-

1 J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa 1980, s. 233.

2 J. Kozielecki, *Godność wieloaspektowa*, Warszawa 1988, s.172-184.

3 Z. Chlewiński, Z. Zaleski, *Godność*, Encyklopedia Katolicka, t.5, TNKUL, Lublin 1989.

4 J. Mariański, *Godność ludzka jako wartość społeczno-moralna: mit czy rzeczywistość? Studium interdyscyplinarne*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2016.

da godności osoby ludzkiej uznawana jest za wartość najwyższą i uzasadnienie innych wartości i norm"[5].

W starości można mówić o dwóch szczególnych rodzajach godności, które są rezultatem długiego życia, a mianowicie o godności powiązanej z mądrością, niezależnie jakie są indywidualne osiągnięcia ludzi starych, a także o godności z tytułu zalet i zasług. Człowiek ma wrodzoną godność niezależnie od jego indywidualnych możliwości, zdolności, analogicznie – mądrość – może być przypisana do wszystkich ludzi starych, niezależnie od tego, jakie są ich indywidualne osiągnięcia. Godność z tytułu mądrości, to szczególny typ godności, która charakteryzuje ludzi starych. Zdaniem Nordenfelta, to co jest znaczące, ważne dla osoby posiadającej godność to fakt, iż zasługuje ona z tego powodu – czyli posiadania godności – na szacunek. Szacunek wiąże się z przestrzeganiem praw, które są powiązane z godnością człowieka. Okazywanie szacunku danej osobie to nie tylko przestrzeganie praw danej osoby, ale to także okazywanie jej czci, wdzięczności i wielkoduszności[6].

Godność człowieka winna stanowić podstawę interakcji między lekarzem (profesjonalistą) a pacjentem; wiąże się to z kwestią zaufania, szacunku, kontroli, rozwoju. Są dowody na to, że traktowanie kogoś z szacunkiem, godnością ma pozytywny wpływ na proces leczenia, a także na jego społeczne rezultaty. Badania z psychologii zdrowia pokazały, iż jeśli człowiek czuje się ceniony, szanowany, czuje swą wartość, wówczas współpracuje lepiej i jest bardziej niezależny niż człowiek, który czuje się bezwartościowy, pozbawiony kontroli nad samym sobą[7].

O godności starszych pacjentów jako podstawowej wartości postrzeganej w kategoriach zdrowia mówią badania przeprowadzone przez B. Hoy, L. Wagner oraz E. Hall wśród 15 grup focusowych, składających się z osób sprawujących opiekę nad starszymi pacjentami , były to m.in. pielęgniarki. Profesjonaliści postrzegali godność, jako podstawową wartość zdrowia, która jest konstytuowana przez 3 elementy: autonomię, tożsamość, wartość. Według autorek te 3 elementy godności pacjentów stanowią podstawę opieki. Według osób sprawujących opiekę, godność pacjenta, powiązana z jego tożsamością, to godny szacunku wygląd, spełnianie podstawowych potrzeb, podtrzymanie wizerunku samego siebie. Godność człowieka jest uwydatniana poprzez dbałość o ciało, poprzez ubrania, utrzymanie pacjenta w czystości, porządku. Autorki badania podkreślają, że niezwykle ważne jest własne ubranie, ponieważ w szpitalnych „garniturach" czło-

5 F. J. Mazurek, *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, RWKUL, Lublin 2001, 147.

6 L. Nordenfelt, *Dignity and the care of the elderly*, "Medicine Health Care and Philosophy" 2003, 6, s. 103-110.

7 W. Tadd, T. Bayer, P. Dieppe, *Dignity in Heath care:reality and rhetoric*, "Reviews in Clinical Gerontology", 2002,12, s. 1-4.

wiek traci poczucie swej tożsamości, staje się jednym z wielu, którzy są tak samo ubrani, nic nie odróżnia go od innych. Możliwość noszenia własnych ubrań, to ważny czynnik wpływający na zachowanie własnej tożsamości przez pacjentów. Z kolei godność związana z autonomią, to zdolność pacjenta do samoobsługi i opanowania aktywności. Ci pacjenci, którzy oddają swą autonomię pracownikom opieki medycznej, nie wykonują sami podstawowych czynności, ale inni robią to za nich, są bliscy utraty swej godności, ich powrót do zdrowia jest długi i mozolny. Ponadto, badani wskazali, iż ważne jest uświadomienie pacjentowi, że szpital nie jest miejscem, gdzie się tylko ciągle leży – takie jest – zdaniem badanych – podstawowe skojarzenie dotyczące szpitala. Osoby sprawujące opiekę są zdania, że pacjentów należy zachęcać do aktywności, do poruszania, co może ich mobilizować do zaangażowania w proces leczenia. Godność związana z wartością, to postrzeganie pacjenta, jako osoby, która posiada wartość, tak jak inne osoby i powinna w taki sposób być traktowana. Godność osoby, która staje się pacjentem zyskuje nowy wymiar, często osoba, która do tej pory była niezależna, staje się całkowicie, albo w dużym stopniu, uzależniona od innych. W takiej sytuacji ważne jest rozpoznanie podstawowych potrzeb danego pacjenta, ich zaspokojenie, poświęcenie czasu na rozmowę i zapoznanie się z jego opinią na temat leczenia. Takie działania mają na celu podtrzymanie i poszanowanie godności pacjenta[8].

Ta piękna perspektywa mówiąca jak powinno być w instytucjach sprawujących opiekę nad osobami terminalnie chorymi, osobami starszymi, stoi w sprzeczności z jakością życia wielu osób starszych w schyłkowym okresie ich życia. W wielu przypadkach – w procesie umierania – naruszana jest ich godność jako osoby ludzkiej. Ten trudny problem pokazują m.in. badania zrealizowane w Szwecji pod koniec lat 90. Z powodu braku możliwości pomocy, niektórzy lekarze zajmujący się osobami starszymi mają negatywne nastawienie do chorego w starszym wieku, izolują się od pacjentów, by poprawić swoje samopoczucie. Dowiedziono również, że pracownicy służby zdrowia, którzy zajmowali się osobami starszymi i traktowali ich jak „przedmioty" traktowali swoje zajęcie jako bezwartościowe, bez znaczenia, natomiast ci pracownicy, którzy mówili o swoich pacjentach z szacunkiem, dostrzegali w nich istotę ludzką, byli dumni ze swojej pracy twierdzili, że wiele czerpią od osób starszych[9].

Również badania przeprowadzone w 1996 roku wśród pielęgniarek zatrudnionych na sześciu oddziałach intensywnej terapii w Szwecji wykazały, iż w opiece intensywnej, godność oznacza zajmowanie się pacjentami jako istotami ludzkimi, angażowanie rodziny, jej zjednoczenie, zamiast jej

8 B. Hoy, L. Wagner, E. Hall, *The elderly patent"s dignity. The core value of health*, "International Journal of ualitative Studies on Health and Well-bing", 2007, 2, s. 160-168.

9 W. Tadd, T. Bayer, P. Dieppe, *Dignity in Heath care…*

odstraszania, przekształcanie trudnych sytuacji w dobre, piękne. Szanowanie godności wymaga także bycia czułym, zaangażowanym, uważnym, pilnym wobec pacjentów. Kiedy ludzie starają się szanować godność drugiego człowieka, ich własna etyczna tożsamość rozwija się[10].

Opinie pacjentów terminalnie chorych odnośnie opieki szpitalnej w Polsce pokazują, że w tym obszarze jest wiele do zrobienia. Przeprowadzone w 2005 roku w Białymstoku badania empiryczne na grupie 105 hospitalizowanych pacjentów z chorobą nowotworową w wieku 65 i więcej lat wskazują na przeprowadzenie niezbędnych zmian w szpitalu. Pacjenci w starszym wieku oczekują więcej delikatności ze strony personelu medycznego (35,2%), zmiany niektórych lekarzy (27,6%), ograniczenia wizyt osób odwiedzających (20,9%), zmiany sali (19,0%), zapewnienia w większym stopniu usług kapłańskich (18,1), zmiany niektórych pielęgniarek (11,4%). Badani pacjenci najbardziej zasmuceni byli swoją nieodwracalną chorobą i jej postępem. Smutku dostarczała im także samotność, niepewność losu, oziębłość lekarzy do pacjentów, brak zaufania do personelu medycznego, hospitalizowane osoby starsze obawiały się także nadejścia nocy oraz rychłej śmierci[11].

Temat cierpienia często pojawia się w literaturze nie tylko medycznej. Człowiek w procesie choroby nieodwracalnej bardzo cierpi. Cierpienie najczęściej jest definiowane jako zintegrowane, wielowymiarowe doświadczenie w tym fizyczne, psychiczne, ale mówi się także o społecznych i duchowych aspektach cierpienia, które są czymś więcej niż bólem fizjologicznym. Cierpienie jest specyficznym stanem związanym z wydarzeniami, które zagrażają integralności człowieka. Jest to osobiste, indywidualne i subiektywne doświadczenie, dotykające całego człowieka, wszystkich jego wymiarów. Dlatego też nie można powiedzieć, że jest to wyłącznie doświadczenie samego organizmu. Cierpienie to wielowymiarowe i dynamiczne doświadczenie, które może być wywołane dużym stresem. Doświadczenie to ma miejsce wtedy, gdy istnieje poważne zagrożenie prawidłowego funkcjonowania całego człowieka i gdzie procesy regulacyjne (procesy biologiczne, psychologiczne, duchowe), umożliwiające adaptację do zaistniałych warunków są niewystarczające, a to prowadzi do wyczerpania człowieka. Ocena cierpienia jest trudnym zadaniem, nie tylko ze względu na to, iż jest ono złożone samo w sobie, ale dlatego, że nie zawsze jest oczywiste dla

---

10 A. Soderberg, F. Gije, A. Norberg, *Dignity in situations of ethical difficulty in intensive care*, "*Ontensive and Critical Care Nursing*", 1997, 13, s.134-144.

11 M. Halicka, A. Romańczuk (2007), *Cierpienie osób starszych z chorobą nowotworową: jakie są możliwości optymalizacji opieki szpitalnej nad tymi pacjentami?* 2007, "Prob. Hig. Epidemiol", 2007, 88(4), s. 489-494.

pracownika ochrony zdrowia – że pacjent cierpi. Pacjenci, którzy są ciężko chorzy mogą mieć też problemy z ekspresją emocji czy obaw[12].

Cierpienie i ból nie są synonimami, ból fizyczny pozostaje główną przyczyną ludzkiego cierpienia i jest podstawowym obrazem stworzonym przez ludzi, kiedy myślą o cierpieniu. Jednak nikt nie kwestionuje, że ból fizyczny jest tylko jednym z wielu źródeł cierpienia[13].

Oceniając cierpienie pacjenta, bierze się pod uwagę wiele symptomów. W przypadku bólu fizycznego ocenia się natężenie bólu, osłabienie, utratę apetytu; w cierpieniu psychologicznym lub emocjonalnym istotę stanowią lęki, depresja, biorąc pod uwagę aspekty duchowe mowa jest o samotności, beznadziei, bezwartościowości, niektórzy biorą także pod uwagę aspekt rodzinny, społeczny, np. ciężar opieki nad chorym, problemy finansowe. Istnieje też możliwość oceny cierpienia z punktu widzenia doświadczeń opiekunów, tj. w jaki sposób oni oceniają cierpienie podopiecznego, jakie zmiany są dostrzegalne w jego zachowaniu.

Warto w tym miejscu przybliżyć wyniki przeglądu literatury anglojęzycznej dotyczącej cierpienia pacjentów chorych na raka, opublikowanej między 1992 a 2012 rokiem. Była to literatura omawiająca problem cierpienia osób dorosłych – od 18 roku życia, u których zdiagnozowano nowotwór. Przeanalizowano 90 tekstów. Ich autorzy przyjęli następującą definicję duchowego cierpienia – jako wszechogarniające, dynamiczne, indywidualne zjawisko charakteryzujące się doświadczeniem przez cierpiącego alienacji, bezradności, beznadziejności i bezsensowności, które to uczucia trudno jest mu wyartykułować. Jest to zjawisko wielowymiarowe i zwykle odbierane jako coś niepożądanego i negatywnego. Autorzy przyjęli również, że synonimami pojęcia „cierpienie duchowe" są: ból, kryzys, rozpacz, udręka i mając na uwadze takie rozumienie zjawiska analizowali zgromadzoną literaturę. Okazało się, iż pacjenci chorzy na raka mają trudności w wyrażaniu swego cierpienia, albo ze względu na niemożność znalezienia odpowiedniego słownictwa, albo ze względu na to, że nie chcieli obciążać innych swoimi emocjami. Również pracownicy służby zdrowia mogą nie potrafić zidentyfikować cierpienia pacjenta lub mogą być niechętni wobec uznania go ze względu na dominujący w medycynie zachodniej paradygmat biopsychospołeczny, który ignoruje duchowe cierpienie. W związku z tym, pracownicy medyczni mogą nie reagować na cierpienie, nawet jeśli je rozpoznają, co może mieć podłoże także w ich własnym lęku przed śmiercią. Pacjenci mogą więc czekać na wsparcie, które nigdy nie nadejdzie lub po prostu przyjąć, że pracow-

---

12 A. Krikorian, J. P. Roman, *Current dilemmas in the assessment of suffering in palliative care,* "Palliative and Supportive Care", Cambridge University Press, 2014, s. 1-9.

13 M. B. Morrissey, *Phenomenology of pain and suffering At the end of life. A humanistic perspective in gerontological health and social work,* "Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care", 2011, 7,s.14-38.

nicy medyczni są zbyt zajęci, aby ich wysłuchać. Niektórzy chorzy czują brak „bezpiecznej przestrzeni", aby mówić o swoich lękach. Ta sytuacja podkreśla potrzebę wiarygodnych narzędzi oceny cierpienia, które nie będą zależne od pacjenta i pozwolą mu wyrazić swoje cierpienie[14].

Powinność wobec chorego w nieodwracalnej chorobie

W literaturze z zakresu ochrony zdrowia i opieki medycznej coraz częściej stawiane są pytania: czy brak poszanowania godności człowieka podczas procesu leczenia i wśród tych, którzy zajmują się opieką terminalną, czy opieką nad osobami starszymi może stać się normą? Jednoznaczna odpowiedź na tak postawione pytanie jest trudna, gdyż chodzi tu nie tylko o doświadczenie w sensie jednostkowym, ale także o doświadczenie w sensie społecznym, które dotyka rodzinę, ale oddziałuje także na sprawujący opiekę zespół terapeutyczny.

Moje osobiste doświadczenie mające związek z towarzyszeniem w procesie umierania osoby bliskiej rodzi wiele pytań związanych z poszanowaniem godności osoby, szczególnie przez profesjonalistów sprawujących opiekę medyczną. Rodzi się refleksja, że może warto wcześniej wziąć namysł, czy nadaję się do tego rodzaju pracy, czy sprostam wyzwaniom zanim podejmę te szczególnie trudne i odpowiedzialne zadania?

Umiejętności doświadczonego zespołu lekarzy opieki paliatywnej są niezbędne w zarządzaniu „cierpieniem uporczywym". Cierpienie uporczywe/ długotrwale to takie, które trudno w odpowiedni sposób kontrolować i mimo agresywnego stosowania zwykłych terapii, wydaje się mało prawdopodobne, by można było nim „sterować". Przeprowadzono trzynaście częściowo ustrukturyzowanych wywiadów bezpośrednich i cztery kwestionariusze internetowe wypełnione przez osoby z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w opiece paliatywnej (klinicznej). Badania wykazały, iż w obliczu cierpienia uporczywego spójność zespołu interdyscyplinarnego została zidentyfikowana jako kluczowy wymóg. Jednak spójność zespołu okazała się być podważona przez filozoficzne różnice między członkami zespołu, różne opinie dotyczące paradygmatu opieki, podejścia i poziomu szacunku wobec pacjentów prezentowane przez poszczególnych członków zespołu zajmującego się opieką[15].

---

14 M. Best, B. Hons, L. Aldridge, *Assesment of spirituals suffering in the cancer context: A systematic literature review*, "Palliative and Supportive Care, Cambridge University Press", 2014, s. 10-27.

15 K. Swetenham, M. Hegarty, K. Breaden, C. Grbich, *Refractory suffering. The impact of team dynamics on the interdisciplinary palliative care team,* "Palliative and Supportive Care", Cambridge University Press, 2011, s. 55-62.

Trzeba też dodać, że cierpienie pacjentów i ich rodzin dotyka także wielu lekarzy, którzy borykają się z osobistym i zawodowym cierpieniem, stając w obliczu cudzego nieszczęścia. Lekarze również czują się bezsilni i bezradni, jeśli nie mogą nic zrobić, by pomóc. Jednak to „wzajemne cierpienie" często nie jest wyrażane w zespołach opieki paliatywnej. Identyfikacja konkretnych zestawów umiejętności wymaganych do zarządzania długotrwałym cierpieniem pacjenta nie występuje w większości literatury dotyczącej tematyki paliatywnej. Chociaż nie jest dowiedzione, że bycie świadkiem cierpienia wpływa na opiekuna, identyfikacja cech osobowościowych chroniących przed takim wpływem pozostaje domeną opiekuna. Identyfikacja ta wymaga autorefleksji, często jest niezauważona, ponieważ posiadanie takich właściwości jest traktowane za niezbędne wyposażenie osobowościowe pracownika służby zdrowia. Fakt, że opieka paliatywna wymaga interdyscyplinarnego podejścia, kwestia „wzajemnego cierpienia" może być często niedoceniana. W opiece paliatywnej zdarza się sytuacja kierowania pacjentów i członków rodziny będących w trudnej sytuacji do innych członków zespołu w celu przeprowadzenia rozmowy. Dzieje się tak wtedy, gdy osoby biorące udział w pielęgnacji osoby chorej uświadamiają sobie, że cierpienie występuje nie tylko u pacjenta i jego rodziny, ale również wśród członków zespołu. Może być zatem tak, że cierpienie pacjenta negatywnie wpływa na lekarza, który nie umie poradzić sobie z emocjami. Istnieje stosunkowo niewiele opublikowanej literatury dotyczącej uporczywego cierpienia w opiece paliatywnej. W literaturze – jak dotąd – główny nacisk kładzie się na kliniczne i etyczne kwestie, a mało uwagi poświęca się wpływowi cierpienia na osobiste i zawodowe doświadczenia lekarzy. Cierpienie może występować nie tylko u pacjenta i jego rodziny, ale również wśród członków zespołu medycznego sprawującego opiekę. Stąd cierpienie pacjenta może wpływać negatywnie na lekarza, który nie umie poradzić sobie z emocjami. Zdarza się, że kiedy pacjenci cierpią członkowie zespołu terapeutycznego starają się przerzucać odpowiedzialność za pomoc i wsparcie na inne osoby[16].

W Stanach Zjednoczonych Ameryki pracownicy medyczni i socjalni są dobrze przygotowani do pracy z osobami starszymi, ich rodzinami i innymi członkami zespołów opieki zdrowotnej i społecznej. Dzieje się tak dzięki szkoleniom i etycznemu zobowiązaniu do podtrzymywania godności osoby, wartości i sprawiedliwości społecznej. Szkolenia i etyczne zobowiązania dotyczą procesów empatycznego zaangażowania pracowników w końcowym okresie życia i opieki paliatywnej podopiecznych. Tego rodzaju praca odgrywa kluczową rolę, pokazuje, że ból i cierpienie człowieka są uznawane za

16 Tamże,

znaczące problemy zdrowia publicznego tego tysiąclecia i są ważne w kształtowaniu odpowiedzialnej polityki zdrowotnej i społecznej[17].

Koncepcja godności w opiece intensywnej

Jak wspomniano proces umierania ma związek z cierpieniem. W opiece intensywnej mamy do czynienia z czasem choroby i z czasem chorego. Czas choroby nie jest tożsamy z czasem chorego. Czas chorego, to czas subiektywny, dotyczy choroby i lęków z tym związanych, braku perspektyw, świadomości choroby, świadomości śmierci, czas choroby natomiast, to obiektywnie trwający okres od choroby do podleczenia, albo śmierci. Mając na uwadze to rozróżnienie ważne jest, aby wypracować taki styl działania opiekuńczego w chorobie nieodwracalnej, który nie będzie naruszał praw chorego i pozwoli na godne przeżywanie czasu choroby i czasu chorego zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i z punktu widzenia doświadczenia zbiorowego.

Warto w tym miejscu zauważyć, że już pod koniec lat 90. mówiono w literaturze o koncepcji godności w opiece intensywnej jako rozwoju kilku istotnych wartości, do których zaliczono: troskę, świadomość, odpowiedzialność, zaangażowanie, braterstwo, aktywną obronę. Autorzy wskazywali, że te wartości podlegają rozwojowi i stanowią pewną całość w sprawowaniu godnej opieki w chorobie nieodwracalnej. Troskliwość jest początkiem całego procesu, potrzebna jest, by usłyszeć cichy płacz, prośbę o pomoc, która wypływa z głębi ludzkiego serca, gdy dana osoba doświadcza zła, którym jest nieodwracalna choroba i związane z tym niewyobrażalne cierpienie. Świadomość i indywidualna odpowiedzialność – pojawiają się spontanicznie zaraz po tym, jak człowiek staje się troskliwy; zaraz po tym, jak jednostka doświadcza pewnego poziomu bezosobowości, nakładany jest na nią obowiązek odpowiedzialności w stosunku do wszystkich istot ludzkich, w etycznym wymiarze, jednostka jest wzywana do odpowiedzialności, nie tylko za siebie, ale i za innych. Troskliwość, świadomość i indywidualna odpowiedzialność „budzą" aktywne zobowiązania, aktywne zainteresowanie; zobowiązanie wiąże się ze świadomością braterskich relacji między ludźmi, którzy wymagają obrony, pomocy; to emocjonalna odpowiedź na cierpienie innych ludzi w związku z tym, wymagana jest od jednostki odpowiedzialność. Doświadczenie aktywnej obrony, inaczej mówiąc wrażliwego towarzyszenia wyrażanego w przejawianych postawach i zachowaniu ma związek z odpowiedzialnością i ludzką godnością[18].

---

17 M. B. Morrissey, *Phenomenology*…

18 A. Soderberg, F. Gije, A. Norberg, Dignity in situations of ethical difficulty in intensive care, Intensive and Critical Care Nursing, 1997, 13, s.134-144.

Towarzyszenie stanowi podstawową powinność w opiece intensywnej wobec chorego w nieodwracalnej chorobie. Towarzysząc wrażliwie, obserwując zmagania z cierpieniem osoby chorej, współprzeżywając wraz z nią czas choroby i stan chorego, możemy przypuszczać, co czuje osoba, której perspektywa życia jest krótka i stale maleje. W sytuacji granicznej stanem optymalnym jest wewnętrzna integracja człowieka, inaczej mówiąc stan równowagi pomiędzy tym, co wydarzyło się i czego doświadczyło się w przeszłości a tym, co dzieje się tu i teraz, co jest nieuchronne. Stanem przeciwnym jest rozpacz. Dotyka ona tych, którzy mają jeszcze wiele do naprawienia w swoim życiu, a przemijanie nieodwracalne nie daje im już szansy, aby coś jeszcze zmienić, naprawić. Taka sytuacja wzmaga cierpienie u osoby w jej schyłkowym okresie życia. Obecność bliskich może koić ból, może stanowić poczucie bezpieczeństwa , a nawet zmniejszać natężenie cierpienia, jednak należy mieć świadomość, że w chorobie nieodwracalnej cierpienie towarzyszy choremu do końca jego bytowania.

W sposób przejmujący ten bardzo trudny czas w sensie osobistym, ale i w odbiorze społecznym opisał Brunon Synak w swojej ostatniej książce *Bezsens i sens choroby nieodwracalnej*. Książka tak wiele mówi o człowieczeństwie, o przeżyciach związanych z jakością życia Profesora w czasie nieodwracalnej choroby. Uświadamia nam, podpowiada, napomina, że mamy ograniczony czas bytowania tu na ziemi. W opinii wydawcy publikacja „ma walor uniwersalny, gdyż wprowadzając w wewnętrzny świat człowieka zmagającego się z nieodwracalną chorobą, w jego przeżywanie i odczuwanie świata, uczy właściwych relacji i zachowań wobec niego”[19].

Zakończenie

W starości czas przemija inaczej, osoby starsze mają świadomość, tego co nadejdzie, co jest nieuchronne. Przeżywany czas w sensie jednostkowym wiąże się z różnymi emocjami. Najtrudniejsze jednak doświadczenie wiąże się z procesem umierania. Dotyczy to zarówno konkretnej osoby, której ten proces dotyczy, jak i osób towarzyszących. Dlatego w procesie umierania powinno traktować się osoby z szacunkiem, uwagą.

Osoby starsze są szczególnie podatne na różne udręki związane ze zbliżaniem się do kresu życia, mogą czuć się nieprzygotowane na ten ostateczny akt, którym jest śmierć, mogą czuć przed nią lęk, a to może mieć związek z popadaniem w rozpacz. Osoby towarzyszące są zobowiązane, by odpowiedzialnie nieść ukojenie, podtrzymywać na duchu. Jak to robić

19 B. Synak, *Bezsens i sens choroby nieodwracalnej*, Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie, Gdańsk 2014, s. 5-6.

z wyczuciem i godnością podpowiada nam E. Kubler-Ross[20]. Książka, którą napisała w latach 70. tamtego stulecia jest stale aktualna, bo tak już jest, że przychodzimy, ale odchodzić też musimy.

Należy pamiętać, że śmierć człowieka, która rodzi cierpienie – jest niepodzielna – nie da się jej dzielić nawet z najbliższymi, przeżywa się ją w sposób indywidualny, w samotności. Nie wiemy, jak to jest w procesie umierania, co czuje osoba umierająca? Jest to tajemnica, której nie można zgłębić, można jedynie snuć przypuszczenia. „Życie, póki trwa jest gorsze lub lepsze. Dla jednych gorsze, dla innych lepsze, samo przez się nie jest tragedią. Tragedia powstaje przez to, że życie się kończy; człowiek jest przywiązany do swojego istnienia, a wie, że czeka go śmierć"[21]. Łączenie śmierci z cierpieniem może być traktowane jako prywatne, indywidualne odczucie, może cierpieć pacjent, może cierpieć rodzina, ale należy pamiętać, że przecież śmierć może być czymś więcej niż agonią, może być zakończeniem cierpienia.

The Death of an Elderly as a Personal and Communal Experience

Dying is the hardest experience not only for the departing, but also for those who accompany them. Our time is limited and there are limits to what we can do. Dying is an exceptionally real process, unique, experienced both individually and socially. Our own biography is prepared some of us to participate in these moments, while others accepted it without reflection and still others ignore it.

There is an aesthetic and moral area of sensitivity for anyone experiencing and accompanying death. For some this traumatic boundary is an enriching experience, for others it is routine, devoid of attachment or empathy.

The paper presents these complex, difficult, very painful problems connected with the death of an elderly from an individual and communal standpoint.

20 E. Kubler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu,* PAX, Poznań, 1979.
21 W. Tatarkiewicz, *Parerga*, PWN, Warszawa, 1978, s. 127.

Bibliografia:

Best M., Hons B., Aldridge L., *Assesment of spirituals suffering in the cancer context: A systematic literature review*, "Palliative and Supportive Care, Cambridge University Press", 2014, s. 1-27.

Chlewiński Z., Zaleski Z., *Godność*, *Encyklopedia Katolicka*, t. 5, TNKUL, Lublin 1989.

Halicka M., Romańczuk A., *Cierpienie osób starszych z chorobą nowotworową: jakie są możliwości optymalizacji opieki szpitalnej nad tymi pacjentami?* 2007, „Prob. Hig. Epidemiol", 2007, 88(4), s. 489-494.

Hoy B., Wagner L., Hall E., *The elderly patent"s dignity. The core value of health*, "International Jurnal of ualitative Studies on Health and Well-bing", 2, s. 160-168.

Kozielecki J., *Godność wieloaspektowa*, Warszawa 1988.

Krikorian A., Roman J. P., *Current dilemmas in the assessment of suffering in palliative care,* "Palliative and Supportive Care", Cambridge University Press 2014, s. 1-9.

Kubler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu,* PAX, Poznań 1979.

Mariański J., *Godność ludzka jako wartość społeczno-moralna: mit czy rzeczywistość? Studium interdyscyplinarne*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2016.

Mazurek F. J., *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, RWKUL, Lublin 2001, 147.

Morrissey M. B., *Phenomenology of pain and suffering At the end of life. A humanistic perspective in gerontological health and social work,* "Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care", 2011, 7, s. 14-38.

Nordenfelt L., *Dignity and the care of the elderly*, "Medicine Health Care and Philosophy" 2003, 6, s. 103-110.

Soderberg A., Gije F., Norberg A., *Dignity in situations of ethical difficulty in intensive care*, "Intensive and Critical Care Nursing", 1997, 13 s. 134-144.

Synak B., *Bezsens i sens choroby nieodwracalnej*, Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie, Gdańsk, 2014, s. 5-6.

Swetenham K., Hegarty M., Breaden K., Grbich C., *Refractory suffering. The impact of team dynamics on the interdisciplinary palliative care team,* "Palliative and Supportive Care", Cambridge University Press 2014, 9, s. 55-62.

Szczepański J., *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa, 1980.

Tadd W., Bayer T., Dieppe P., *Dignity in Heath care: reality and rhetoric,* "Reviews in Clinical Gerontology" 2002, 12, s. 1-4.

Tatarkiewicz W., *Parerga*, PWN, Warszawa, 1978.

Anna Szafranek

Śmierć społeczna osoby starszej i towarzyszące jej okoliczności

Wprowadzenie

Podstawę rozważań dotyczących śmierci społecznej osoby starszej stanowią słowa cenionego polskiego psychiatry Antoniego Kępińskiego, który twierdził, iż śmierć społeczna – czyli wykluczenie ze świata społecznego – jest dla człowieka tym samym, co śmierć biologiczna. Wydaje się, że taka sytuacja może być w sposób szczególny obserwowana w przypadku osoby starszej. Już Glaser i Strauss w 1965 roku, analizując sytuację pacjentów terminalnie chorych, zwracali uwagę, iż zanim umrą w sensie biologicznym doświadczają śmierci społecznej, poprzez m.in. zerwanie komunikacji międzyludzkiej, zaniechanie aktywnego udziału w życiu innych[1].

Jean Baudrillard porównuje starszy wiek do wyroku w zawieszeniu, getta i staczania się w śmierć. Zwraca jednocześnie uwagę, że osoby w podeszłym wieku, wygrywają ze śmiercią (przez swoją długowieczność), przy jednoczesnej utracie swojego symbolicznego statusu i wynikających z niego uprawień. Tym samym sugeruje, że współcześnie, w wielu przypadkach obserwuje się izolowanie starości i osób starszych[2]. Oznacza to, że otoczenie jeszcze za życia postrzega i traktuje daną jednostkę w taki sposób, jakby już jej nie było.

Przedstawiony artykuł stanowi próbę analizy sytuacji śmierci społecznej osoby starszej i okoliczności jej towarzyszących. W sposób szczególny analizie poddana została sytuacja śmierci społecznej osoby terminalnie chorej. W związku z tym główne pytanie, postawione w niniejszej publikacji brzmi: czym jest śmierć społeczna osoby starszej i osoby starszej terminalnie chorej oraz jakie szczególne okoliczności jej towarzyszą?

Pojęcie śmierci społecznej

Śmierć społeczna wiąże się z procesem społecznego starzenia się, czyli rodzajem starzenia się podkreślającym związki między starzejącymi

1 B. G. Glaser, A. L. Strauss, *Awarness of Dying*, Aldine, Chicago 1965.
2 J. Baudrillard, *Wymiana symboliczna i śmierć*, tłum. S. Królak, Sic!, Warszawa 2007.

się jednostkami a społeczeństwem, w jakim funkcjonują. Analiza społecznego starzenia się uwzględnia oczekiwania związane z wiekiem, odnoszące się do pełnionych ról społecznych, statusu, wyglądu oraz komunikowania się. Starość społeczna stanowi redukcję jednostki do roli osoby starszej i jest uwarunkowana zarówno kulturowo, jak i społecznie[3] – prowadzi zatem do procesu społecznego wykluczenia, który jest definiowany jako efekt upośledzeń społecznych, na skutek których jednostki, bądź całe grupy społeczne nie mogą uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym, bądź gospodarczym, do którego należą[4].

Odwołując się raz jeszcze do przywołanych wyżej słów Antoniego Kępińskiego wskazującego, czym jest śmierć społeczna (czyli wykluczenie ze świata społecznego), należy nadmienić, że stanem jej towarzyszącym może być samotność, a uczuciem – poczucie osamotnienia i lęku. Człowiek jest bowiem z natury istotą społeczną, a jednostce oderwanej od rzeczywistości, nieuczestniczącej w wymianie znaków i symboli towarzyszy nieustanne poczucie zagrożenia oraz lęk przed samotnością, który w tych sytuacjach może być zbliżony do lęku przed śmiercią – „pośrednio bowiem samotność równa się śmierci”[5].

Dorota Smykowska, dla zobrazowania omawianego zjawiska, używa pojęcia samotność społeczna, której charakterystycznymi cechami są: brak więzi z innymi ludźmi, życie poza społeczeństwem (tj. brak wspólnoty, przyjaźni, towarzystwa). Bez zaspokojenia tych naturalnych potrzeb jednostka czuje się wyalienowana, samotna, oddzielona od innych[6]. Zaś okres starości wiąże się z eskalacją wielowymiarowego zjawiska samotności: brak zrozumienia przez młodsze pokolenia, wykluczanie starości, wypieranie jej poza obszar zainteresowań młodych, problemy zdrowotne i obniżanie statusu ekonomicznego seniorów powodują także ograniczanie kontaktów międzyludzkich i separację od reszty społeczeństwa[7].

Aleksander Kamiński w swoich rozważaniach posługuje się natomiast pojęciem „rozangażowywania się”, które polega na konsekwentnym obojętnieniu jednostki względem innych, rozluźnianiu i zrywaniu więzów łączącymi ją z rodziną i społeczeństwem – tym samy obumierania duchowego, przyspieszającego jednocześnie śmierć fizyczną[8]. Osoba, któ-

3 A. A. Zych, *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2009.

4 A. Giddens, *Socjologia*, PWN, Warszawa 2004.

5 A. Kępiński, *Lęk,* PZWL, Warszawa 1987, s. 90.

6 D. Smykowska, *Instytucje wsparcia społecznego. Skrypt dla studentów*, WSI, Łódź 2007, s. 245.

7 A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Impuls, Kraków 2015, s. 289-290.

8 A. Kamiński, *Funkcja pedagogiki społecznej,* PWN, Warszawa 1982, s. 369.

ra doświadcza śmierci społecznej traci zainteresowanie światem i ludźmi (a świat i ludzie nią), co powoduje pustkę i „jałowo" upływające dnie[9].

Mimo różnych nazw, przywołane terminy dotyczą tego samego zjawiska – śmierci społecznej. Jest to stan trudny, zarówno z punktu widzenia osób w podeszłym wieku, którym przyszło się z nim zmierzyć, jak również ludzi młodych, którym trudno jest go zrozumieć. Niewątpliwie jednak, mimo różnicy terminologicznej wszystkie przytoczone przykłady kładą nacisk na podkreślenie, że atrybutami śmierci społecznej jest samotność i osamotnienie, cierpienie, lęk oraz poczucie bezsensu, które każdy człowiek przeżywa indywidualnie.

Sposoby przeciwdziałania śmierci społecznej w kontekście społecznego wykluczenia

Wykluczenie społeczne jest pojęciem noszącym znamiona obiektywności, jak i subiektywnego poczucia wykluczenia. Natomiast ostateczną jego konsekwencję stanowi śmierć społeczna osoby starszej. Jest ona poprzedzona etapami społecznej obojętności, nietolerancji, dyskryminacji, izolacji i wykluczenia[10]. Powyższe elementy są wyraźnie nacechowane w sposób negatywny. Oznacza to, że elementy poprzedzające śmierć społeczną stanowią nie tylko długotrwały, ale także trudny do pokonania proces.

Śmierć społeczna wiąże się także z rytuałem przejścia, strategiami obronnymi, w tym koniecznością przekształcenia dotychczasowych aktywności. Pierwszy z wyżej wskazanych elementów – rytuał przejścia – zdaniem francuskiego etnografa Arnolda van Gennepa, składa się z trzech etapów: separacji – w której jednostka zostaje oddzielona od grupy społecznej, fazy marginalnej – w której dokonuje się przemiana człowieka, jak również zmiana jego społecznego statusu oraz nie zawsze możliwej do realizacji – fazy powrotu, gdy przemieniona jednostka wraca do swojej grupy społecznej[11]. Należy jednak zwrócić uwagę, że w wielu przypadkach konsekwencją fazy marginalnej jest właśnie śmierć społeczna.

Nie wszystkie jednostki chcą się poddać, dlatego też, w celu przeciwdziałania śmierci społecznej, stosują różnorodne strategie ułatwiające kontakty międzyludzkie i aktywność społeczną. Przykład jednej z nich może stanowić tzw. strategia SOK: selekcja – wybór tego, co można zrobić, optymalizacja – koncentracja na tym, co jest dostępne oraz kompensacja –

---

9 Tamże.

10 T. Kaczmarek, J. T. Marcinkowski, *Śmierć społeczna. Część II. Śmierć społeczna ostateczną konsekwencją wykluczenia społecznego,* [w:] *W drodze do brzegu życia*, (red.) E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak, t. 5, Białystok 2008, s. 371-387.

11 E. Sakowicz, *Gennep Arnold van*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, t. 5, Lublin 1989, k. 966.

czyli zastępowanie pewnych form aktywności, innymi, które są dostępne[12]. W przypadku jednak, kiedy jednostka znajduje się na jednym z etapów poprzedzających śmierć społeczną, strategia SOK, mimo swojej skuteczności, nie jest łatwa do realizacji, co może skutkować brakiem chęci do podejmowania prób aktywności społecznej.

Innym sposobem przeciwdziałania śmierci społecznej – stosowania względem niej strategii obronnej – jest dążenie do poczucia wzajemnej zależności i użyteczności, czyli działań, które zgodnie z teorią wymiany, przynoszą obu stronom widoczny pożytek. Ale należy również mieć na uwadze, że wzajemna użyteczność skończy się, kiedy jedna ze stron nie będzie miała dość siły, by się zrewanżować.

Śmierć społeczna osoby terminalnie chorej

Specyficznym wymiarem śmierci społecznej jest sytuacja osób terminalnie chorych. W niniejszych rozważaniach sytuacja jednostek śmiertelnie chorych będzie analizowana w dwóch aspektach: osoba terminalnie chora, będąca w pełni świadoma stanu swojego zdrowia oraz osoba terminalnie chora, nieposiadająca wiedzy na temat faktycznego stanu swojego zdrowia.

Pierwszy z aspektów został w wymowny sposób zobrazowany słowami wybitnego socjologia i gerontologa społecznego, prof. Brunona Synaka, który opierając się na własnych doświadczeniach związanych ze śmiertelną, nieodwracalną chorobą pisał: „nieraz na siłę uczestniczyłem w dyskusjach o sprawach, które w ogólne mnie nie interesowały. Udawałem, że są ważne, że nimi żyję – tylko po to, żeby inni nie zauważyli, że ja już żyję w innym świecie"[13]. Powyższe stwierdzenie znajduje swoje odniesienie w literaturze zagranicznej, gdzie wykazano, iż pacjenci chorzy na raka odczuwają trudności w wyrażaniu swojego cierpienia z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego słownictwa lub z powodu niechęci do obciążania innych swoimi negatywnymi emocjami bądź bólem[14]. Należy nadmienić, że osobom terminalnie chorym, doświadczającym nieuleczalnego bólu, często towarzyszy poczucie opuszczenia, które z kolei potęguje ich cierpienie[15].

12 A. M. Freund, P. Baltes, *Selection, optimization, and compensation as strategies of life management. Correlation with subjective indicators of successful aging,* "Psychology and Aging", t. 13 nr 4, s. 531-543.

13 B. Synak, *Bezsens i sens choroby nieodwracalnej,* Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie, Gdańsk 2014, s. 74.

14 M. Best, L. Aldridge & Others, *Assessment of spiritual suffering in the cancer context: a systematic literature review*, "Palliative and Supportive Care" Cambridge University Press, 2014, nr 11, s. 1-27.

15 H. Markwell, *End of life: a catholic view,* "The Lancet", 2005, nr 9491, t. 366, s. 1132-1135.

Ze śmiercią społeczną osoby terminalnie chorej wiąże się także, w sposób szczególny, jeden z aspektów temporalności starości – tzw. czas subiektywny, nazywany czasem chorego[16]. Szczególną uwagę zwracają atrybuty mu towarzyszące, t.j. choroba, lęki, brak perspektyw, świadomość umierania oraz świadomość nieuchronności śmierci biologicznej. Powyższe atrybuty mogą wpływać na podejmowanie przez osoby chore dobrowolnej decyzji o śmierci społecznej. Istotne jest, że lęk może towarzyszyć nie tylko osobie terminalnie chorej, ale również jej bliskim, a nawet personelowi medycznemu. „Zauważa się bowiem powszechne opory kontaktowania osób bliskich oraz pracowników służby zdrowia z ludźmi odchodzącymi ze świata. Przybywa się do nich na coraz krócej, pielęgniarki i salowe powolniej i mniej chętnie służą im pomocą"[17].

Inny wymiar śmierci społecznej osoby terminalnie chorej może zostać zaobserwowany, jeśli osoba chora, jak również część bliskich jej osób, nie mają wiedzy na temat faktycznego stanu zdrowia. Istotny jest fakt, że choroba nie przebiega w próżni. Towarzyszą jej bowiem różnorodne stany emocjonalne, takie jak np. poczucie osamotnienia, zależności, załamania, beznadziejności, czy zobojętnienia.

Już od XIX wieku obserwowana jest postawa otoczenia osoby umierającej, polegająca na ukrywaniu przed nią faktycznego stanu zdrowia. Początkowo działanie motywowano chęcią ulżenia choremu, obawą przed załamaniem, czy depresją. Czasy współczesne pokazały jednak, że ochrona należy się nie tylko choremu, ale również całemu jego otoczeniu, które winno być chronione od wizerunku śmierci, przez zachowanie pozorów szczęśliwości[18]. Powyższy element dotyczy śmierci biologicznej, jednak może mieć także znaczący wpływ na śmierć społeczną, gdyż osoby bliskie, np. rodzina, bądź środowisko sąsiedzkie, niezdające sobie sprawy z nieodwracalności stanu chorego, w wielu przypadkach pochłonięte codziennością, nie znajduje czasu na odwiedziny i poświęcenie czasu choremu. Osoby chore, z racji stanu zdrowia i braku sił, przyjmują postawę bierną, nie angażują się ani w życie rodzinne, ani w życie społeczności lokalnej, ale jednocześnie nie zdają sobie sprawy z powagi stanu swojego zdrowia. Takie działania prowadzą do dobrowolnego wykluczenia społecznego, jak również uniemożliwiają pogodzenie się ze swoją sytuacją i psychiczne przygotowanie do odejścia. Wydaje się, że gdyby osoby trzecie zdawały sobie sprawę z nieodwracalności i powagi choroby ich bliskich, nie dopuściłyby do sytuacji, w której ukrywanie stanu zdrowia powoduje ich śmierć społeczną.

Elisabeth Kübler-Ross podkreślała, że lekarz nie powinien pozbawiać pacjenta możliwości poznania prawdy, gdyż i tak ją pozna. Zaś lekarz,

16 B. Synak, *Bezsens i sens choroby nieodwracalnej*, s. 74.

17 A. Kamiński, *Funkcja pedagogiki społecznej,* s. 376.

18 P. Aries, *Rozważania o historii śmierci,* Oficyna Naukowa, Warszawa 2007.

który zataił informację, może utracić zaufanie pacjenta, bądź spotkać się z oskarżeniem, iż pozbawił umierającego możliwości uporządkowania swoich spraw. Pacjenci terminalnie chorzy, z którymi Kübler-Ross prowadziła rozmowy wielokrotnie podkreślali, że „w danym momencie ważniejsze niż sama tragiczna wiadomość było współczucie lekarza, zapewnienie, że wszystko, co możliwe zostanie zrobione, że nie zostaną opuszczeni”[19]. Powyższy cytat obrazuje, jak bardzo osoby terminalnie chore obawiają się osamotnienia i obojętności.

W dzisiejszych czasach bardzo często dochodzi do sytuacji, w których rodzina dowiaduje się o chorobie i śmierci najbliższych już po fakcie. Oznacza to, że nie towarzyszą umierającemu w ostatnich chwilach, odmawiając mu swojej obecności, bliskości, czy wspólnej modlitwy. Dlatego też nie powinno się unikać mówienia o kulturze umierania, gdyż zasadniczym problemem osób w stanie terminalnym nie jest cierpienie fizyczne, a samotność[20].

Okoliczności śmierci społecznej

Niżej wymienione, wybrane okoliczności mogą, a często również towarzyszą śmierci społecznej. Należy zwrócić uwagę, że przywołana lista nie stanowi wersji ostatecznej, a jedynie wskazówkę, które z okoliczności mogą, choć nie zawsze muszą, mieć wpływ na zjawisko śmierci społecznej.

Osamotnienie jest jedną z kluczowych okoliczności towarzyszących śmierci społecznej. Należy zwrócić szczególną uwagę na niestawianie znaku równości między pojęciami samotność i osamotnienie. Stan osamotnienia wydaje się być dużo trudniejszy, bowiem dotyczy tych osób, którzy mają rodzinę, ale bliskie im osoby, z różnych powodów nie utrzymują z nimi kontaktów. Literatura przedmiotu wskazuje, że starcza samotność jest powodowana m.in. pozbawieniem ludzi przynależności do rodziny i ciepła domowego ogniska. Rodzina, która nie rozumie i nie chce zrozumieć problemów osób w podeszłym wieku, jest skłonna do umieszczania swoich bliskich w instytucjach opiekuńczych. Takie decyzje, podejmowane wbrew woli osób zainteresowanych, wywołują w nich silny stan odosobnienia, którego konsekwencją może być nawet targnięcie się na swoje życie[21]. U kresu życia obserwowane są także sytuacje, w których seniorzy są opuszczani bądź izolowani przez swoich bliskich (także przyjaciół). Kulminacja osamotnienia następuje w przypadku śmierci współmał-

19 E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tł. I. Doleżal-Nowicka, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1998, s. 53.

20 A. Skreczko, *Śmierć jako sprawdzian dla żyjących,* [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak, (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. 4, Białystok 2008, s. 141-149.

21 A.Toynbee, *Człowiek wobec śmierci*, tłum. D. Petsch, PIW, Warszawa 1973.

żonka, które Aleksander Kamiński określa mianem sieroctwa człowieka starego, stanu w jego opinii tragiczniejszego niż sieroctwo dziecka[22]. Zdaniem Ryszarda Przybylskiego symbolikę samotności stanowić może w tym przypadku puste, bezosobowe mieszkanie, stanowiące skupisko rzeczy niepotrzebnych, którym w przeszłości nadawano istotne znaczenie[23].

Cierpienie – czyli moralny imperatyw będący sprawdzianem człowieczeństwa[24], który z teologicznego punktu widzenia jest pojmowany jako czynnik je kształtujący. Cierpienie jest uczuciem, które w sposób nieuchronny wiąże się zarówno ze śmiercią biologiczną, jak i społeczną. Jest to pojęcie wielowymiarowe, na które składają się następujące wymiary: somatyczny (np. zniedołężnienie, zmiany wyglądu ciała), psychiczny (np. złość z powodu braku efektów leczenia, strach przed bólem, śmiercią), duchowy (np. poszukiwanie sensu i mnożenie pytań „dlaczego ja", „dlaczego mnie to spotkało" oraz socjalny (np. troska o bliskich, poczucie opuszczenia)[25]. Wydaje się, że wszystkie wskazane wyżej wymiary mogą odnosić się do śmierci społecznej.

De Walden-Gałuszko zwraca uwagę, że człowiek umiera wprawdzie w jakiejś społeczności, ale cierpiąc umiera zawsze sam[26]. Cierpienie bowiem nie jest wyłącznie doświadczeniem samego organizmu, jest procesem obarczonym dynamiką, stanowiącym poważne zagrożenie dla funkcjonowania człowieka w świecie społecznym[27]. Publikacje anglojęzyczne podkreślają wagę cierpienia duchowego, które jest nie tylko zmieniającym, ale jednocześnie indywidualnym zjawiskiem, powodującym u osoby cierpiącej alienację, bezradność i poczucie bezsensowności[28].

Szczególnym wymiarem cierpienia sprzyjającego zjawisku śmierci społecznej jest cierpienie osób chorych przebywających w instytucjach służby zdrowia. W wielu przypadkach pracownicy służby zdrowia mogą nie reagować na symptomy cierpienia, ze względu na własny lęk przed śmiercią. Pacjenci z kolei przyjmują, że personel jest zbyt zajęty, by ich wysłuchać, a ośrodki medyczne nie stanowią bezpiecznej przestrzeni do rozmowy o lękach i złym samopoczuciu[29]. Jednak cierpienie osoby, która jest bliska

---

22 A. Kamiński, *Funkcja pedagogiki społecznej,* s. 369.

23 R. Przybylski, *Baśń zimowa. Esej o starości*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 1998.

24 K. Sajdok, *Transcendentny wymiar cierpienia*, [w:] A. J. Nowak (red.), *Cierpienie i śmierć*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992, s. 245-257.

25 J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, E. Bączyk, *Cierpienia chorych u kresu życia. Opieka paliatywna/hospicyjna. Rozwój opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce*, „Nowa Medycyna" 8/1999. Online: http://www.czytelniamedyczna.pl/nowa-medycyna,nmpl199908.html [Dostęp: 20.07.2016].

26 K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, MAKmed, Gdańsk 1996.

27 A. Krikorian, J. P. Roman, *Current dilemmas in the assessment of suffering in palliative care,* "Palliative and Supportive Care", 2015, t. 13, nr 4, 1093-1101.

28 M. Best, L. Aldridge & Others, *Assessment of spiritual suffering*…, s. 1-27.

29 Tamże.

śmierci społecznej powinno być oceniane w kategoriach holistycznych, nie skupiając się tylko na jego pojedynczych wymiarach

Zmiana rytuałów pogrzebowych – śmierć osoby starszej, która nie zajmuje się wychowywaniem dzieci, nie jest także powiązana z kluczowymi instytucjami, czy życiem społecznym nie stanowi silnego oddziaływania społecznego[30]. W tym wypadku należy odwołać się do społeczeństw pierwotnych, w których śmierć, a w konsekwencji i rytuały pogrzebowe miały charakter zbiorowy, społeczny. Obecnie, każdy indywidualnie dokonuje rytuału pochówku własnych zmarłych, zaś społeczeństwa pierwotne podejmowały rytuały zbiorowe i nadawano im atrybuty świętości[31]. We współczesnych społeczeństwach kontakt rodziny zmarłego ze śmiercią ogranicza się do załatwienia wszelkich formalności związanych ze zgonem i udziału w pogrzebie. Adam Skreczko zwraca również uwagę, że ostatnie pożegnanie nie stanowi już osobistego kontaktu ze zmarłym, a jest złożeniem kwiatów na nagrobku[32].

Konsumpcja (społeczeństwo konsumpcyjne) i obniżenie statusu ekonomicznego – Zygmunt Bauman wprowadza pojęcie „*homo sacer* – ludzkie odrzuty" – czyli osoby, których praca nie może być wykorzystywana z pożytkiem, bądź grupa konsumentów, niedysponująca kapitałem, który wpłynąłby na chłonność rynku. Są to osoby wykluczone, spisane na straty i, co istotne, bez możliwości powrotu do pełnego uczestnictwa w społeczeństwie[33]. Człowiek, który w opinii społecznej nie dostosowuje się do obowiązujących reguł, zostaje przez swoje otoczenie przedwcześnie uśmiercony[34]. Oprócz tego zwraca się uwagę, że mimo iż doświadczenia osób starszych nie straciły swojej wagi i nadal stanowią moralne oparcie dla osób młodych, to jednak seniorzy stają się często bezradni wobec otaczającej ich, nowoczesnej rzeczywistości. W wielu przypadkach nie radzą sobie z problemami praktycznymi narzuconymi przez nowoczesność, co prowadzi do przyjmowania pozycji wycofania ze społeczności[35]. Powyższe elementy mogą generować atmosferę wzajemnej nieufności międzypokoleniowej.

Na atmosferę nieufności wpływają także, związane ze społeczeństwem konsumpcyjnych media – w sposób szczególny chodzi o wizerunek człowieka starszego w mediach. Wyniki badań realizowane w ramach projektu „Wizerunek osób starszych w mediach" podkreślają negatywny obraz tej grupy w przekazach medialnych. Jest on wprawdzie oceniany jako

30 T. Walter, *The Sociology of Death,* "Social Compass" 2008, t. 2, nr 1, s. 317-336.

31 J. Baudrillard, *Wymiana symboliczna i śmierć…*

32 A. Skreczko, *Śmierć jako sprawdzian dla żyjących*, s. 141-149.

33 Z. Bauman, *Życie na przemiał*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005.

34 J. Mesjasz, *Klątwa czy dar przemijania? Studium z tanatopsychologii,* Difin, Warszawa 2010.

35 M. Adamkiewicz, *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii,* Europejskie Centrum Edukacyjne, Toruń 2004.

krzywdzący, niesprawiedliwy, ale niewątpliwie prowadzi do dyskryminacji i napięć międzygeneracyjnych[36], które mogą powodować mniejsze zaangażowanie osób starszych w życie społeczne i w konsekwencji doprowadzić do śmierci społecznej.

Obniżanie wartości człowieka starszego – zdaniem Indian z północnoamerykańskiego plemienia Hopi, śmierć osób starszych nie jest niczym dotkliwym i przerażającym, a wręcz przeciwnie – egzystencja ludzi starych jest w ich przekonaniu zjawiskiem obojętnym z punktu widzenia społeczności[37]. Postrzeganie odejścia człowieka starszego w kategoriach obojętności doskonale odzwierciedla obawy pacjentów terminalnie chorych, którzy bardziej niż nieuleczalnej choroby obawiają się opuszczenia. Zaś Indianie z plemienia Hopi przyczyniają się właśnie do obniżania wartości osób starszych – co w konsekwencji powoduje, że społeczeństwo nie czuje potrzeby troski i dbania o jednostki, w ich opinii, bezwartościowe. Przytoczony przykład koresponduje po części z omówionym wcześniej społeczeństwem konsumpcyjnym i przekazami medialnymi, które utrwalają negatywny obraz tej grupy społecznej. Z kolei tak utrwalane stereotypy i uprzedzenia wobec starości i osób starszych mogą kształtować negatywne postawy wobec nich i w konsekwencji prowadzić do ich dyskryminacji[38].

Warto odwołać się do jeszcze jednego przykładu obrazującego obniżanie wartości człowieka starszego – chodzi o działania związane ze sferą aktywności zawodowej seniorów. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na następujące przejawy dyskryminacji człowieka starszego na rynku pracy: stereotypy wskazujące na mniejsze możliwości i umiejętności starszych pracowników, odmowa zatrudnienia ze względu na wiek, nieawansowanie starszych pracowników i nieinwestowanie w ich rozwój osobisty, jak również zwolnienia pracowników z powodu wieku (także emerytalnego)[39]. Wskazane, stosowane na rynku pracy działania nie pomagają człowiekowi w akceptacji swojego wieku i przygotowaniu się do przejścia na emeryturę, a niewątpliwie przyczyniają się do obniżania poczucia własnej wartości, co może doprowadzić do przeświadczenia, iż przejście na emeryturę nie stanowi nagrody za lata ciężkiej pracy, a karę za brak wydajności i młodzieńczej siły.

Przejście na emeryturę – oddalenie się od spraw, które niegdyś wypełniały całe życie osób czynnych zawodowo sprzyja bierności i utrudnia osobom w podeszłym wieku zaangażowanie się w jakiekolwiek działania,

---

36 A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zrałek, *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*, Oświęcim 2014, s. 40-41.

37 J. W. Sarna, *Człowiek i filozofia*, Oficyna Wydawnicza „Ston 2", Kielce 2000.

38 A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Impuls, Kraków 2015, s. 246.

39 Tamże, s. 247-248.

co w konsekwencji prowadzi, bądź może pogłębiać alienację[40]. Powyższą prawidłowość zauważył Alfred Sauvy już w latach 60. ubiegłego stulecia. Zwrócił także uwagę, że przejście na emeryturę już wówczas nie wiązało się z dostatnim życiem: „starzec cierpi nie tylko przez świadomość zbliżającego się końca, ale także wskutek tego, że jego poziom życiowy obniża się i coraz trudniej jest mu wiązać koniec z końcem"[41]. Ta prawidłowość jest obserwowana także współcześnie, ponieważ osoby starsze w większości nie dysponują świadczeniami emerytalnymi, które pozwoliłyby im na dostatnie, komfortowe życie.

Oprócz kwestii finansowych uwagę zwracają ogromne zmiany związane z codziennym funkcjonowaniem – plan dnia ulega bowiem znacznym modyfikacjom. W kontekście zwiększenia się czasu wymagającego zagospodarowania istotne wydają się, omówione wyżej, działania w sferze zawodowej zmierzające do obniżania wartości seniorów. Wydaje się, że jeśli osoby w wieku przedemerytalnym, ale jeszcze aktywne zawodowo doświadczałyby, ze względu na posiadane kwalifikacje i wiedzę, docenienia ze strony pracodawcy, dużo łatwiej byłoby im się przystosować do życiowych zmian związanych z przejściem na emeryturę.

Zmiana środowiska życia – śmierć społeczną i jednocześnie przyczynę podwyższonej śmiertelności może stanowić zmiana miejsca zamieszkania, przeprowadzka osób w trzecim wieku, w tym zamieszkanie w instytucji opiekuńczej. Domy pomocy społecznej mogą generować wyobcowanie, utratę dotychczasowych przyzwyczajeń, utrudnienie kontaktów z osobami bliskimi, poczucie odrzucenia przez najbliższych (rodzinę, przyjaciół) oraz unikanie problemów życia codziennego, które powodują aktywność i poczucie przydatności[42]. Berhant zwraca uwagę, że „kto przestał walczyć o przeżycie, jest już na wpół martwy, szczególnie, kiedy przebywa w gronie osób, które pieczołowicie kultywują to pojęcie. Małostkowość, dziecinne zazdrości, łóżko przy oknie, pożądane miejsce w jadalni (…) oto co dotąd wypełnia codzienną egzystencję mieszkańca przytułku. Czy możliwe jest w takiej skażonej atmosferze nadać jeszcze sens swojemu życiu?"[43].

W związku ze zmianą środowiska zamieszkania śmierć społeczna może przyjmować różne wymiary. W obcym środowisku człowiek jest traktowany przedmiotowo, a proces umierania naznaczony jest samotnością i anonimowością. W środowisku, w którym człowiek żył, pracował, funk-

40 M. Adamkiewicz, *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii…*

41 A. Sauvy, *Granice życia ludzkiego*, PWN, Warszawa 1963, s. 111.

42 Z. Szarota, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa,* Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010; M. Adamkiewicz, *Oblicza śmierci…*

43 J. Brehant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Wydawnictwo Ancher, Warszawa 1993, s. 88-89.

cjonował śmierć nabiera charakteru podmiotowego i jest doświadczana w domu, w obecności osób najbliższych.

Bezsilność – niezdolność do przezwyciężenia swoich ograniczeń może powodować stres i frustrację osób starszych, co z kolei warunkuje dodatkowe napięcia w najbliższym otoczeniu człowieka starego[44]. Systematyczne odczuwanie poczucia bezsilności może zatem doprowadzić do izolacji i wycofywania się człowieka ze świata społecznego. Człowiek starszy w dalszym ciągu próbuje przezwyciężyć trudności, a jego działania mogą charakteryzować się brakiem akceptacji i zrozumienia przeobrażeń somatycznych, jak i intelektualnych swojego organizmu. To z kolei może doprowadzić do przyjmowania niewłaściwego trybu życia charakteryzującego się brakiem jakiejkolwiek aktywności, zarówno na polu fizycznym, jak i społecznym. Brak akceptacji nowego biologicznego (a często także psychicznego/intelektualnego) położenia może skutkować nie tylko mniej wydajnym, czy wolniejszym życiem, ale całkowitym zaniechaniem aktywności.

Zakończenie

Starość stanowi naturalną część życia, a w związku z dłuższym trwaniem życia ludzkiego, również trudny czas starości ulega systematycznemu wydłużaniu. Nie jest to okres pozbawiony trosk, zmartwień, cierpienia i osamotnienia – atrybutów śmierci społecznej.

Reasumując, śmierć społeczna osoby starszej polega na stopniowym obumieraniu więzi ze społeczeństwem, zaniku kontaktów rodzinnych i towarzyskich, które w konsekwencji prowadzą do osamotnienia i poczucia bezsensu. Ponadto osoby terminalnie chore zwracały uwagę, że z ich perspektywy śmierć społeczna nie wiąże się z nieuchronnością śmierci biologicznej, a obawą o opuszczenie przez bliskich (t.j. rzadsze wizyty, kontakty) i obojętność ze strony innych (także pracowników służby zdrowia).

Należy nadmienić, że wymienione i opisane czynniki towarzyszące śmierci społecznej (t.j. osamotnienie, cierpienie, zmiana rytuałów pogrzebowych, społeczeństwo konsumpcyjne, obniżanie statusu ekonomicznego i wartości człowieka starszego, przejście na emeryturę, zmiana środowiska życia oraz poczucie bezsilności) nie stanowią listy kompletnej i ostatecznej. Obawa o śmierć społeczną może być traktowana jako jedna z trosk egzystencjalnych człowieka dorosłego, a jako że każdego człowieka czeka późna dorosłość i starość, analiza czynników i okoliczności towarzyszących śmierci społecznej powinna być dyskutowana i systematycznie poszerzana.

Powołując się na Rezolucję ONZ 46/91 wskazującą, że każdemu człowiekowi w podeszłym wieku należy się starość przeżyta z godnością, bez-

44 W. Pędich, *Ludzie starzy,* Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 1996.

pieczna, wolna od wyzysku, przemocy fizycznej i emocjonalnej, należałoby również dodać – wolna od poczucia osamotnienia, bowiem śmierć społeczna zawsze rodzi cierpienie i jest niepodzielna – nie da się jej dzielić nawet z najbliższymi. Przeżywa się ją zawsze w samotności.

The Social Death of an Elderly and its Circumstances

The paper covers the subject of social death of the elderly and terminally ill. It analyses what social death is and what strategies are used to prevent it. It focuses on describing the specific circumstances surrounding the social death of the elderly – loneliness, suffering, changes in funeral rites, the influence of consumer society, decreased economic status and value of the elderly, retirement, changes in living conditions and the sense of helplessness.

Bibliografia

Adamkiewicz M., *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*, Europejskie Centrum Edukacyjne, Toruń 2004.

Aries P., *Rozważania o historii śmierci*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2007.

Baudrillard J., *Wymiana symboliczna i śmierć,* tłum. S. Królak, Sic!, Warszawa 2007.

Bauman Z., *Życie na przemiał,* Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005.

Best M., Aldridge L. & Others, *Assessment of spiritual suffering in the cancer context: a systematic literature review*, "Palliative and Supportive Care" 2014, nr 11, s. 1-27.

Brehant J., *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci,* tłum. U. Sudolska, Wydawnictwo Ancher, Warszawa 1993.

Fabiś A., Muszyński M., Tomczyk Ł., Zrałek M., *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*, Oświęcim 2014.

Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A., *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Impuls, Kraków 2015.

Freund A. M., Baltes P., *Selection, optimization, and compensation as strategies of life management. Correlation with subjective indicators of successful aging,* "Psychology and Aging", t. 13 nr 4, s. 531-543.

Giddens A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2004.

Glaser B. G., Strauss A. L., *Awarness of Dying*, Aldine, Chicago 1965.

Kaczmarek T., Marcinkowski J. T., *Śmierć społeczna*. Część II. *Śmierć społeczna ostateczną konsekwencją wykluczenia społecznego*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak, (red.), *W drodze do brzegu życia,* t. 5, Białystok 2008, s. 371-387.

Kamiński A., *Funkcja pedagogiki społecznej*, PWN, Warszawa 1982.

Kępiński A., *Lęk,* PZWL, Warszawa 1987.
Krikorian A., Roman J. P., *Current dilemmas in the assessment of suffering in palliative care,* "Palliative and Supportive Care", 2015, t. 13, nr 4, s. 1093-1101.
Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu,* tłum. I. Doleżal-Nowicka, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1998.
Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Bączyk E., *Cierpienia chorych u kresu życia. Opieka paliatywna/hospicyjna. Rozwój opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce,* „Nowa Medycyna" 8/1999.
Markwell H., *End of life: a catholic view,* "The Lancet", 2005, nr 9491, t. 366, s. 1132-1135.
Mesjasz J., *Klątwa czy dar przemijania? Studium z tanatopsychologii*, Difin, Warszawa 2010.
Pędich W., *Ludzie starzy,* Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 1996.
Przybylski R., *Baśń zimowa. Esej o starości*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 1998.
Sajdok K., *Transcendentny wymiar cierpienia*, [w:] A. J. Nowak (red.), *Cierpienie i śmierć,* Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992, s. 245-257.
Sakowicz E., *Gennep Arnold van*, [w:] *Encyklopedia Katolicka,* t. 5, Lublin 1989, k. 966.
Sarna J. W., *Człowiek i filozofia*, Oficyna Wydawnicza „Ston 2", Kielce 2000.
Sauvy A., *Granice życia ludzkiego*, PWN, Warszawa 1963
Skreczko A., *Śmierć jako sprawdzian dla żyjących*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak (red.), *W drodze do brzegu życia,* t. 4, Białystok 2008, s. 141-149.
Smykowska D., *Instytucje wsparcia społecznego. Skrypt dla studentów,* WSI, Łódź 2007.
Synak B., *Bezsens i sens choroby nieodwracalnej*, Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie, Gdańsk 2014.
Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa,* Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010.
Toynbee A., *Człowiek wobec śmierci*, tłum. D. Petsch, PIW, Warszawa 1973.
Walden-Gałuszko de K., *U kresu*, MAKmed, Gdańsk 1996.
Walter T., *The Sociology of Death,* "Social Compass" 2008, t. 2, nr 1, s. 317-336.
Zych A. A., *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii,* Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", Katowice 2009.

Część II
Starość – poznać

Anna Gutowska

Zaburzenia psychiczne w starości – perspektywa pedagoga

Wstęp

Starzenie się jest naturalnym i powszechnym procesem życiowym. Jego efekty dotyczą wielu sfer życia człowieka. Jakość starzenia się może być, z osobniczego punktu widzenia, lepsza lub gorsza. Do tradycyjnych kryteriów tzw. dobrego starzenia się najczęściej zalicza się: fizyczny brak chorób i zachowaną sprawność fizyczną i umysłową. Należy jednak zauważyć, że taka ocena ogranicza się do nacisku na chorobowość (patogenezę), a nie uwzględnia przyczyn zachowania zdrowia (salutogenezy). „Zdrowo" starzejących się ludzi jest zdecydowanie mniej niż tych starzejących się patologicznie. Szacuje się, że tylko ok. 8-10% populacji osób starych nie choruje przewlekle i umiera „ze starości" śmiercią naturalną[1].

Postępujący proces starzenia się stawia przed społeczeństwem określone wyzwania. Szacuje się, że u ok. 80% ludzi w wieku po 60 roku życia występuje przynajmniej jedna choroba, najczęściej jednak pojawia się kilka schorzeń jednocześnie[2]. Do najczęstszych należą choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby zwyrodnienia kości i stawów, osteoporoza, schorzenia okulistyczne i choroby nowotworowe. Wzrasta też częstość występowania zaburzeń psychicznych egzogennych (somatogennych i psychogennych) i zaburzeń o charakterze otępiennym.

Proces starzenia bywa więc niekiedy osobistym dramatem i niewygodnym problemem społecznym. Mimo że, zgodnie z prawem natury, wraz z upływem czasu w organizmie człowieka zachodzą zmiany powodujące zmniejszającą się wydolność psychofizyczną, to jednak również ten etap życia może i powinien nieść ze sobą przyjemność i spełnienie.

---

1 K. Duda, *Proces starzenia się*, [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, A. J. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 1-32.

2 A. Bilikiewicz, *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatrii)*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 384.

Poniżej zostaną zaprezentowane niektóre zagadnienia związane z zaburzeniami psychicznymi u osób w podeszłym wieku, charakterystyka wybranych spośród nich, a także refleksje z perspektywy pedagoga.

Zaburzenia psychiczne u osób w podeszłym wieku

Uwzględniając psychopatologię wieku podeszłego oraz kryteria klasyfikacji ICD-10[3], zaburzenia u osób w późnej dorosłości Adam Bilikiewicz dzieli w następujący sposób:

- organiczne zaburzenia psychiczne (m.in. otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie naczyniowe, organiczny zespół amnestyczny);
- zespoły zaburzeń świadomości (m.in. majaczenie, splątanie, halucynoza organiczna, organicznie uwarunkowane zaburzenia osobowości i zachowania, zaburzenia nastroju);
- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (m.in. zaburzenia hipochondryczne, fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia adaptacyjne);
- zaburzenia behawioralne (m.in. zaburzenia odżywiania się, nieorganiczne zaburzenia snu, nadmierny popęd seksualny)[4].

Poniżej, ze względu na ograniczone możliwości związane z objętością tekstu, omówiono wybrane z nich. Ich selekcja dokonana została ze względu na kryterium częstotliwości występowania.

Zespoły otępienne

Nie ulega wątpliwości, że najbardziej typowym zaburzeniem psychicznym w okresie starości są zespoły otępienne.

Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są także wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena (WHO, 1997). Zasadniczo nie jest upośledzona świadomość. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a niekiedy je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją. Otępienie powoduje znaczący spadek funkcji intelektualnych i zwykle wpływa na podstawowe aktywności życiowe: jedzenie, ubieranie, wydalanie, higienę oso-

3 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 – opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2000.

4 A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 390.

bistą[5]. Taki zespół objawów występuje m.in. w chorobie Alzheimera, która zostanie pokrótce scharakteryzowana.

Choroba Alzheimera w większości przypadków rozpoczyna się po 60 roku życia i ma w początkowym stadium obraz utajony. Postępujący proces otępienia może trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat i przebiega w kilku stadiach. Zazwyczaj nieuchronnie prowadzi do całkowitej utraty samodzielności, a w końcu do śmierci. Statystycznie częściej zapadają na nią kobiety. Choroba Alzheimera polega na zaburzeniach czynności części mózgu, które są odpowiedzialne za funkcje poznawcze.

Główne objawy choroby Alzheimera:

- utrata zdolności poznawczych – zaburzenia funkcji pamięciowych, upośledzenie zdolności do uczenia się nowych informacji lub przypominania zapamiętanych wcześniej;
- afazja – problemy z artykulacją mowy;
- apraksja – niezdolność do wykonywania złożonych czynności ruchowych, mimo zachowanych funkcji motorycznych;
- agnozja – niemożność rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów, mimo zachowanych funkcji sensorycznych;
- zaburzenia zdolności myślenia, zaburzenia w zakresie planowania, organizowania, przestrzegania sekwencji, abstrahowania;
- dezorientacja w czasie i przestrzeni, zaburzony rytm dnia i nocy;
- pogłębiające się zniedołężnienie, problemy z radzeniem sobie z codziennymi czynnościami, zaburzona dbałość o higienę osobistą, brak kontroli zwieraczy;
- bezradność, zatracanie związku z rzeczywistością;
- niekiedy zmiany charakterologiczne, agresja, gniew[6].

Przyczyny zapadania na chorobę Alzheimera nadal nie są do końca zbadane i ujawnione. Badania pokazują, że prawdopodobnie w jej powstaniu udział bierze wiele mechanizmów (wieloczynnikowy rozwoju choroby). Główne z nich to:

- uwarunkowania genetyczne – nie udało się stwierdzić genu bezpośrednio odpowiedzialnego za rozwój choroby, ale zidentyfikowano mutacje genowe: genu APP, preseniliny 1 (PS1) lub preseniliny 2 (PS2) oraz genu dla apolipoproteiny E (APOE4). Defekty genetyczne zidentyfikowane w chorobie Alzheimera nie wyjaśniają jednak złożonego rozwoju choroby;
- procesy zapalne – niektóre komórki mózgowe biorące udział w działaniu układu immunologicznego wykazują nadaktywność i produkują związki, które można wykazać w innych narządach w przebiegu procesu zapalnego;

5 Tamże, s. 162-163.
6 Tamże.

- czynniki środowiskowe – większe ryzyko zachorowania dotyka osoby z niskim wykształceniem, osoby po urazach czaszkowo-mózgowych, bierze się także pod uwagę możliwość wpływu diety na rozwój choroby (zależność między chorobą a obniżonym stężeniem witaminy B12 oraz kwasu foliowego), środki zanieczyszczające środowisko;
- zmiany w obrębie mózgowia (plaki, neurofibryle) – za rozwój choroby pierwotnie odpowiedzialny jest zanik komórek nerwowych (neuronów) i miejsc ich połączeń, tzw. synaps, spowodowany procesami przemiany materii w mózgu – nieprawidłowe są procesy transportu i rozpadu białek: amyloidu i tau. Powstałe w ten sposób złogi amyloidu, tzw. plaki wsuwając się między neurony, przerywają przekaz sygnałów. Natomiast wewnątrz neuronów tworzą się kompleksy białek tau, które łączą się w tzw. sploty neurofibrylarne. Za czynnik współodpowiedzialny za tę chorobę uznaje się także zmniejszenie ilości neuroprzekaźnika – acetylocholiny[7].

Do czynników ryzyka zalicza się także: podeszły wiek, płeć, niskie wykształcenie, zaawansowany wiek matki przy porodzie, ciężką depresję i niedoczynność tarczycy, przebyty uraz czaszkowo-mózgowy, miażdżyca.

Obecnie medycyna nie dysponuje skutecznymi metodami leczenia. Zazwyczaj stosuje się:

- leczenie farmakologiczne (głównie o charakterze objawowym, a nie przyczynowym) – o jego skuteczności decydować może regularność przyjmowania leków;
- leczenie niefarmakologiczne – czynniki środowiskowe – odpowiednia opieka, zapobieganie izolacji, osamotnieniu, odrzuceniu; niwelowanie skutków ewentualnych zaburzeń sensorycznych (m. in. niedowidzeniu, głuchocie, afazji).

Zaburzenia nastroju i afektu[8]

Na drugim miejscu, jeśli brać pod uwagę „typowość" zaburzeń psychicznych w starości, występuje depresja. Częstość jej występowania jest trudna do precyzyjnej oceny, głównie z uwagi na stosowanie różnych kryteriów diagnostycznych i klasyfikacyjnych[9].

Depresje wieku podeszłego mogą mieć podłoże organiczne, ale nie muszą. Czynnikiem je wyzwalającym może być także ciężkie przeżycie, np. śmierć współmałżonka. Zmieniająca się sytuacja, zmniejszający się krąg krewnych, znajomych może prowadzić do poczucia osamotnienia, dekom-

---

7 Tamże; G. Schwarz, *Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

8 Do grupy tych zaburzeń zalicza się także chorobę afektywną dwubiegunową, nie będzie ona jednak przedmiotem dalszych rozważań.

9 Starzenie się i zaburzenia psychiczne…, s. 392.

pensacji mechanizmów przystosowawczych, a w konsekwencji pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65 roku życia sięga 15-20%, a wśród seniorów korzystających z pomocy medycznej – nawet do 30%[10]. To wciąż narastający problem kliniczny i społeczny.

Stanisław Pużyński wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia:

- brak aktywności, bezczynność, izolację związaną z przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej;
- zmiana warunków mieszkaniowych, miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych i inne;
- pogorszenie sytuacji materialnej;
- osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich;
- utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci i inne);
- przewlekłe choroby somatyczne;
- obecność zaburzeń otępiennych[11].

Przyczyny depresji w późnej dorosłości można podzielić na cztery grupy:

- psychologiczne (etiologia reaktywna);
- somatyczne (choroby somatyczne, leki i zmiany naczyniowe);
- organiczne (zmiany ośrodkowego układu nerwowego);
- endogenne (nawracające zaburzenia afektywne).

Ostre rozgraniczenie powyższych przyczyn najczęściej jest trudne, a postępowanie lecznicze powinno mieć charakter kompleksowy, niezależnie od etiologii.

Objawy w depresji typowej można podzielić na dwie kategorie: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zaliczamy:

- obniżenie podstawowego nastroju – stan smutku, przygnębienia, niekiedy zobojętnienia, niezdolność do przeżywania radości;
- osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane zahamowaniem psychoruchowym – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie), niepokój;

---

10 S. Pużyński, *Depresje i zaburzenia afektywne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 83.

11 Tamże, s. 83-84.

- objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych – zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia;
- lęk – „wolnopłynący”, utrzymujący się niemal stale, wykazujący falujące nasilenie, może osiągać znaczne rozmiary i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie) lub w postaci stanów paniki[12].

Objawy wtórne to:

- depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, w natężeniu – urojenia nihilistyczne, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne;
- zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie [13].

Ponadto dość częstym zjawiskiem w depresji jest także dysforia, której przejawem są takie objawy, jak: nastrój gniewliwy, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji, a nawet podejmowania prób samobójczych.

Jak pisze A. Bilikiewicz, obraz depresji w wieku podeszłym, bez względu na etiologię, ma swoją specyfikę. Depresyjni seniorzy mają skłonność do lęku, zaburzeń snu i zgłaszania licznych skarg hipochondrycznych. Ponadto mogą pojawić się także urojenia depresyjne (poczucie winy, urojenia samooskarżające, urojenia grzeszności i potępienia), ale również urojenia ksobne, prześladowcze czy nihilistyczne. Należy przy tym zauważyć, iż badania wykazują dwukrotnie wyższe ryzyko występowania samobójstw wśród osób z depresją w wieku podeszłym niż w przypadku młodszej populacji[14].

Leczenie chorego na depresję seniora jest trudne i żmudne. Wpływ na to mają różne czynniki:

- leki psychotropowe (w tym antydepresanty) bywają w późnym wieku źle tolerowane, co związane jest z niewydolnością układu cholinergicznego;
- współwystępowanie kilku chorób, a co za tym idzie konieczność stosowania wielu leków;
- ograniczone możliwości psychoterapii[15].

Dla uzyskania efektu terapeutycznego duże znaczenie ma poprawa ogólnego stanu seniora, zwłaszcza stanu układu krążenia, w tym krążenia

---

12 S. Pużyński, *Choroby afektywne*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 271.

13 B. Żakowska-Wachelko, A. T. Misztalscy, K. Czuma, *Opiekun osób starszych*, Śląskie Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam, Katowice 2010, s. 147.

14 A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 392.

15 Tenże, *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku…*, s. 392-393.

mózgowego. Ważne jest także wyeliminowanie leków, które mogą powodować depresję, a także poprawa sytuacji psychosocjalnej chorego[16].

Zaburzenia świadomości

Majaczenie, to zespół o różnorodnej etiologii, który charakteryzuje się równoległym występowaniem zaburzeń świadomości, uwagi, spostrzegania, myślenia, pamięci, aktywności psychoruchowej, emisji i rytmu snu – czuwania. Objawy są przejściowe i wykazują zmienne nasilenie.

Objawy majaczenia:

- zaburzenia świadomości (od przymglenia do śpiączki) i uwagi – zmniejszona zdolność jej skupienia, ukierunkowywania, utrzymania i przerzucania;
- zaburzenia procesów poznawczych – zaburzenia percepcji z przemijającymi omamami, urojeniami, upośledzenie myślenia abstrakcyjnego, zaburzenia pamięci świeżej, dezorientacja w czasie, miejscu, otoczeniu;
- zaburzenia psychoruchowe – niedostateczna lub nadmierna aktywność, wydłużenie czasu reakcji, zmiana tempa wypowiedzi, nieprzewidywalna zmienność stanu;
- zaburzenia rytmu sen – czuwanie – bezsenność, nadmierna senność, narastający niepokój i aktywność w nocy, koszmary senne przechodzące w halucynacje;
- zaburzenia emocjonalne – lęk, euforia, drażliwość, apatia, poczucie zagubienia;

Przyczyny wyzwalające majaczenie:

- choroba somatyczna – m.in. zapalne, nowotworowe, choroby wątroby;
- choroba mózgu – m.in. zespoły otępienne;
- uboczne działanie leków;
- używanie substancji psychoaktywnych i alkoholu [17].

Czas trwania majaczenia i jego nasilenie zależy od przyczyny je wyzwalającej i może trwać nawet kilka miesięcy. Leczenie polega głównie na stosowaniu środków farmakologicznych.

Zaburzenia nerwicowe

Objawy neurotyczne u ludzi starszych nie należą do rzadkości, choć są trudne do weryfikacji diagnostycznej z uwagi na fakt, iż mogą przyjmować

16 S. Pużyński, *Depresje i zaburzenia afektywne,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 88.

17 B. Żakowska-Wachelko, A. T. Misztalscy, K. Czuma, *Opiekun osób starszych*, s. 107-109.

„maski" dolegliwości somatycznych[18]. Przyjmuje się, że ich przyczynami są psychologiczne konflikty i trudne sytuacje, problemy, których człowiek nie potrafi rozwiązać. Do najistotniejszych sytuacji, które wyzwalają objawy i dolegliwości zalicza się: „wymagania otoczenia, obciążenia życiowe i trudności w rozwiązywaniu konfliktów wewnętrznych przewyższające możliwości przystosowawcze jednostki"[19]. Zaburzenia te przejawiają się w sferze postrzegania, przeżywania, myślenia i zachowania.

W związku z powyższym objawy dzieli się na:

- psychiczne – patologiczne przeżycia, silny lęk, pojawiające się wbrew woli myśli, nieuzasadniony strach przed pewnymi sytuacjami, miejscami, obiektami, osobami;
- cielesne – czynnościowe, zaburzenia somatyczne;
- zachowania – zaburzenia zachowania[20].

Antoni Kępiński[21] wśród osiowych objawów nerwic wyróżnił:

- lęk – nieokreślony niepokój, napady lękowe, lokalizacja w określonej części ciała lub sytuacji;
- zaburzenia wegetatywne – dolegliwości bólowe, zaburzenia snu, łaknienia, seksualne;
- egocentryzm – nadmierna uwaga koncentracji na sobie, poczucie szczególnego charakteru własnych dolegliwości nerwicowych, nieuzasadnione oczekiwania od otoczenia.

Zaburzenia te mogą prowadzić do narastających trudności w stosunkach z innymi ludźmi i pełnieniu określonych ról społecznych. Wśród najczęstszych objawów u osób starszych wyróżnić można te o charakterze lękowym, depresyjnym, histerycznym, czy anankastycznym będące odpowiedzią na frustrację uczuciową, deprywację potrzeb życiowych, konflikty, monotonię i nudę, brak akceptacji otoczenia itp.

- Uwarunkowania zaburzeń nerwicowych w starszym wieku są zazwyczaj wielopłaszczyznowe, mogą być zarówno psychogenne (reaktywne), jak i biologiczne. Zazwyczaj nie są jednoznaczne i nakładają się na siebie. Mogą wystąpić w starości lub być kontynuacją z okresów wcześniejszych, być przejawem trwania choroby lub jej nawrotu. Wśród najczęstszych przyczyn zaburzeń nerwicowych w późnej dorosłości m.in. wymienia się;

---

18 S. Krzymiński, *Zaburzenia psychiczne wieku starczego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

19 S. Leder, *Choroby afektywne,* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 285.

20 Tamże, s. 283.

21 A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1972.

- choroby somatyczne;
- osobowość przedchorobową;
- przewlekłe reakcje sytuacyjne;
- mniejsze zdolności przystosowawcze, adaptacyjne;
- nadmierną obawę przed śmiercią;
- zmiany w wyglądzie;
- pogorszenie stanu zdrowia;
- zmniejszoną wydolność seksualną;
- poczucie bezradności, bezsilności;
- stratę bliskich osób, rzeczy, statusu społecznego.

Późna dorosłość często przynosi ze sobą tzw. mnogą patologię polegającą na współwystępowaniu wielu chorób i zaburzeń. Przewaga procesów katabolicznych nad metabolicznymi skutkuje zazwyczaj pogorszeniem wydolności fizjologicznej wielu narządów, dlatego każde kolejne schorzenie musi być rozpatrywane z uwzględnieniem pozostałych[22]. Zespoły nerwicowe mogą występować obok chorób somatycznych, mieć wpływ na ich przebieg i efekty leczenia.

Stefan Krzymiński[23], za Bergmannem, podaje następujące cechy zaburzeń nerwicowych w wieku podeszłym:

- brak zaburzeń psychicznych we wcześniejszych fazach życia;
- wyraźny związek z chorobami somatycznymi (zwłaszcza sercowo-naczyniowymi);
- cierpienie z powodu samotności, trudności z samoobsługą, ograniczoną aktywnością;
- ubogi obraz kliniczny – dominuje lęk i depresja;
- mogą występować objawy fobii, powstałe z uogólnionych ograniczeń nakładanych przez chorobę somatyczną;
- objawiają się głównie poprzez aspekt społecznego funkcjonowania – stopniowego pogarszania jakości życia.

Leczenie zaburzeń nerwicowych u osób starszych najczęściej ogranicza się do farmakoterapii (uwzględniając zarówno leczenie choroby somatycznej, która mogła być podłożem do wystąpienia zaburzeń, jak i leczenia objawów ściśle nerwicowych). Seniorzy rzadko, z różnych powodów, podejmują próbę leczenia psychoterapeutycznego. Nie bez znaczenia jest przekonanie, prezentowane także przez niektórych specjalistów, że w późnym wieku psychoterapia nie może być metodą skuteczną. Wydaje się jednak, że przy zastosowaniu

22 B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Wyd. PWN, Warszawa 2006.

23 S. Krzymiński, *Zaburzenia psychiczne wieku starczego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

odpowiedniego podejścia, stylu, metody dostosowanych do możliwości i potrzeb seniora działania psychoterapeutyczne mogą być skuteczne również i w późnym wieku. Starsze osoby nie podejmują decyzji o udziale w psychoterapii prawdopodobnie także z powodu braku własnego przekonania do tych metod, a nierzadko także z uwagi na ograniczone zasoby materialne.

Zaburzenia snu

Waldemar Szelenberger podaje, że prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń snu narasta w miarę starzenia się[24]. Najczęściej mają one charakter wtórny. Zaburzenia snu mogą występować pod postacią:

- insomnii (bezsenności) – to zbyt krótki (ilość) lub mało pokrzepiający (jakość) sen; występuje pod postacią trudności w zasypianiu oraz pod postacią trudności w utrzymaniu snu i zbyt wczesnym budzeniu się; decydujące jest subiektywne poczucie jednostki, a warunkiem rozpoznania upośledzone funkcjonowanie w ciągu dnia;
- hipersomnii (nadmiernej senności) – senność nie ustępuje po długim śnie lub pojawia się podczas angażującej czynności; może być objawem m.in. infekcji, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, np. hipoglikemi, niedoczynności tarczycy, zaburzeń psychicznych, zażywania lub odstawienia leków;
- parasomnii – to niepożądane zjawiska najczęściej ruchowe i/lub wegetatywne, które pojawiają się między snem a czuwaniem lub pomiędzy poszczególnymi fazami snu; w przypadku starszych osób występują zaburzenia zachowania podczas snu w fazie REM, ze złożoną aktywnością ruchową, która towarzyszy marzeniom sennym; treścią marzeń jest najczęściej atak/napad ze strony innych ludzi lub zwierząt; senior przeżywa marzenia senne broniąc się i atakując niekiedy osoby dzielące z nim łóżko.

Przyczyny (najczęstsze) bezsenności wśród seniorów:

- fizjologiczne – związane z niewłaściwą higieną snu;
- psychologiczne – związane ze stresem, emocjami, przeżyciami;
- somatyczne – związane z chorobami somatycznymi i wynikającymi z nich: bólem, gorączką, dusznością, świądem, biegunką i innymi;
- neurologiczne – związane z chorobami typu otępiennego, udarami mózgu i innymi;
- psychiczne – związane z zaburzeniami psychicznymi – lękiem, depresją, majaczeniem i innymi;
- toksyczne – związane z przyjmowanymi lekami, używkami, środkami psychoaktywnymi;

---

24 W. Szelenberger, *Zaburzenia snu,* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 325.

- pierwotne – nieznane (ok. 10% przypadków).

Należy pamiętać, że część osób starszych ma skłonność do drzemek w ciągu dnia co zmniejsza zapotrzebowanie na sen nocny i może skutkować pozorną bezsennością. Szacuje się, że może to dotyczyć nawet 20 – 80% populacji osób starszych. W większości bezsenność przewlekła w wieku podeszłym ma charakter wtórny, podstawą leczenia jest więc precyzyjne określenie jej przyczyn. Podkreślić zatem trzeba, że leczenie zaburzeń snu w starości powinno mieć charakter przyczynowy, a nie tylko objawowy. Postępowanie farmakologiczne musi być ostrożne (dobór odpowiedniego środka), wyważone (właściwa dawka), dostosowane do stanu zdrowia, przyjmowanych leków i potrzeb seniora. W podeszłym wieku zwiększona jest wrażliwość układu nerwowego na leki nasenne. Ponadto środki nasenne (chętnie przyjmowane przez niektóre starsze osoby) często powodują objawy niepożądane: m.in. nadmierną senność następnego dnia, zaburzenia pamięci deklaratywnej, lęk i bezsenność po ustąpieniu działania preparatu. Przewlekłe stosowanie pochodnych benzodiazepiny o długim okresie półtrwania może prowadzić u ludzi starych do zespołu imitującego otępienie typu alzheimerowskiego oraz do upadków i złamań szyjki kości udowej[25]. Ich niewłaściwe stosowanie może także prowadzić do uzależnienia.

Osoby starsze cierpiące na bezsenność powinny także szczególną uwagę przykładać do przestrzegania podstawowych zasad higieny snu, wśród których do najważniejszych czynników zalicza się:

- spać tak długo jak tego organizm potrzebuje, ale nie zbyt długo;
- wstawać zaraz po przebudzeniu;
- przestrzegać regularnych godzin udawania się na spoczynek i budzenia;
- unikać wysiłku fizycznego przed zaśnięciem;
- unikać nadmiernego hałasu;
- spać w warunkach komfortu termicznego;
- spożywać regularne, niezbyt obfite posiłki wieczorem;
- unikać picia kawy, alkoholu, szczególnie wieczorem;
- „nie walczyć” o sen leżąc w łóżku, lepiej podjąć czynności, które zazwyczaj wywołują senność[26].

Koniecznym jest także zachowanie w organizmie odpowiedniego poziomu melatoniny – hormonu, którego wytwarzanie jest kontrolowane przez hamujący wpływ światła dziennego i dlatego wytwarzany jest on głównie w nocy. Należy zatem zadbać o to, by senior spał w ciemnym po-

25 Tamże, s. 329.
26 B. Żakowska-Wachelko, A. T. Misztalscy, K. Czuma, *Opiekun osób starszych*…, s. 103-105.

mieszczeniu, a jeśli zachodzi taka konieczność o dostarczenie melatoniny w postaci syntetycznej.

Perspektywa pedagoga

Truizmem jest dziś mówienie o tym, iż zmiany demograficzne wskazują, że ludzkość się starzeje. Wydaje się, że jest to fakt powszechnie znany i rozpoznany przez specjalistów z zakresu wielu dyscyplin naukowych. Czy tak jest istotnie? Należy zauważyć, iż znacznie częściej w debacie i tej publicznej, i naukowej, słychać słowa odnoszące się do dotkliwszej strony procesu starzenia się – do cierpienia, straty, problemów, jakie ze sobą niesie niedołęstwo, niesprawność, zależność od osób trzecich. O starości myśli i mówi się najczęściej, jak o problemie zarówno w kontekście indywidualnym, jak i społecznym. Szczególnie silnie jest to akcentowane w przypadku seniorów z zaburzeniami psychicznymi. Można odnieść wrażenie, że są oni „kłopotem" dla najbliższego otoczenia, dla społeczeństwa, państwa, a niekiedy także dla samych siebie. Marginalizowani, izolowani, bezradni, pozbawieni możliwości obrony swoich praw, umierają nierzadko „uwalniając" innych od kłopotliwego „ciężaru". Pojawiają się pytania: jak im pomóc? Czy właściwa opieka medyczna jest odpowiedzią na wszystkie ich potrzeby? Co może zrobić pedagog? Wydaje się, że pierwszym krokiem powinno być zrozumienie, że każdy człowiek, na każdym etapie życia powinien mieć możliwość rozwoju. Zmiany degeneracyjne w starości nie powinny być jedynym wyznacznikiem funkcjonowania seniora. Ograniczenia z nich płynące mogą i powinny być źródłem poszukiwania innych dróg, które pozwolą na wykorzystanie i wspieranie niezaburzonego potencjału chorującego człowieka i jego otoczenia.

Stosunkowo nową propozycją wsparcia seniorów (również tych z demencją i innymi zaburzeniami psychicznymi) jest wzorowana na zasadach pedagogiki Marii Montessori – geragogika[27]. Osoby w podeszłym wieku wykazują „specjalne potrzeby edukacyjne"[28]. Jeśli mają możliwość konfrontacji z odpowiednimi materiałami (geragogicznymi), uczenia się, ćwiczenia i doskonalenia, może to prowadzić do zwiększenia poziomu samodzielności i zredukowania potrzeby korzystania z pomocy innych.

---

27 Geragogika – [gr. *gēras* 'starość' *agagós* 'przewodnik'], dział gerontologii i pedagogiki społecznej zajmujący się uwarunkowaniami życia, edukacji i samokształcenia osób w wieku podeszłym, źródło: B. Milerski, B. Śliwerski (red.), *Leksykon PWN. Pedagogika,* Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 72.

28 Pojęcie zaczerpnięte z pedagogiki specjalnej i odnoszące się do dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi, u których stwierdza się spektrum objawów utrudniajacych lub uniemożliwijajacych funkcjonowanie: ruchowe, sensoryczne, poznawcze, w zakresie komunikacji, emocjonalno-społeczne teraz psychiczne, wpływających na jakość życia i pełnienie ról społecznych teraz i/lub w przyszłości – definicja Zespołu Ekspertów ds Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych przy MEN.

Istotą metody jest „faza wolnego uczenia się seniorów" – organizacyjna forma edukacji, gdzie centralnym elementem jest proces uczenia się, którym jednostka samodzielnie steruje i którego dynamikę determinują wewnętrzne parametry procesu. Obowiązują w nim cztery zasady:

- pomóż mi robić to samemu, tak długo jak to tylko możliwe;
- pomóż mi znowu robić to samemu;
- pomóż mi robić to w nowy sposób;
- pomóż mi pozostać sobą.

Koncepcja przewiduje realizację projektu w sześciu fazach tworzących jedną całość:

1. faza budowania nastroju – aktywizacja wraz z rytuałem powitalnym;
2. faza wolnego wyboru pracy – decyzja dotycząca materiału, formy pracy i stanowiska (miejsca);
3. faza realizacji samodzielnie wybranej pracy – ćwiczenia z użyciem materiałów edukacyjnych;
4. faza ciszy – duchowy i fizyczny odpoczynek, medytacja;
5. faza refleksji – prezentacja wyników pracy, opowiadanie o odczuciach, doświadczeniach;
6. faza duchowego wzmocnienia – wyciszenie.

Metoda wymaga przygotowania odpowiednich materiałów geragogicznych (dostosowanych do potrzeb człowieka starego), pomieszczenia, a także osoby towarzyszącej (prowadzącej zajęcia)[29].

W pracy z seniorem konieczne jest manifestowanie trzech podstawowych postaw wyrażających się poprzez:

- empatię – współczujące zrozumienie, wysiłek ukierunkowany na zrozumienie emocji seniora;
- szacunek – bezwarunkowe poszanowanie partnera, akceptacja i aprobata przekazywane również poprzez gesty, mimikę, modulację głosu;
- autentyczność – spójność między myślami, emocjami i zachowaniem osoby towarzyszącej, nieukrywanie się za maską, fasadą[30].

Wszystkie obecne są także w metodzie określanej jako walidacja gerontologiczna. To specyficzna metoda komunikacji, która może być stosowana nawet wobec osób dotkniętych głębokim otępieniem. Jej twórczyni, Naomi Feil zakłada, że opieka i wsparcie osób z demencją, poza diagnozą me-

29 Materiały z kursu „Radość uczenia się przez całe życie według metody Marii Montessori". Kurs dla nauczycieli i opiekunów pracujacych z seniorami, Łódź 2014.

30 Tamże.

dyczną, musi uwzględniać szeroki kontekst ich biografii – sytuację bytową, rodzinną, stan emocjonalny itd. Im więcej informacji pozyskamy o świecie przeżyć seniora, tym łatwiejsza będzie z nim współpraca. Bazować należy na komunikacji angażującej różne zmysły i, co bardzo ważne, całkowicie otworzyć się na emocje seniora. Naomi Feil opracowała zasady i wartości walidacji, strukturyzując je w dziesięciu punktach:

7. Każdy człowiek jest jedyny w swoim rodzaju i musi być traktowany jako indywidualność.
8. Wszyscy ludzie są wartościowi, niezależnie od tego w jakim stopniu dezorientacji się znajdują.
9. Zawsze istnieje jakaś przyczyna zachowania osoby zdezorientowanej.
10. Zachowanie cechujące seniora nie jest wyłącznie wynikiem anatomicznych zmian, które zaszły w jego mózgu, lecz stanowi sumę i kombinację zmian somatycznych, socjalnych i psychicznych, które dokonały się na przestrzeni całego życia tego człowieka.
11. Starego człowieka nie da się zmusić do zmiany zachowania, może się zmienić tylko wtedy, gdy on sam będzie tego chciał.
12. Konieczna jest akceptacja seniora, bez osądzania, oceniania go.
13. Problemy psychiczne osoby w podeszłym wieku mogą być wynikiem niezrealizowanych zadań we wcześniejszych okresach życia.
14. Zredukowanie pamięci krótkotrwałej seniorzy rekompensują wspomnieniami.
15. Bolesne emocje wyrażone przez seniora, następnie uznane i zwalidowane, ulegną zredukowaniu. Negatywne emocje seniora, ignorowane i blokowane, z czasem nasilają się.
16. Wczuwanie się w sytuację seniora, okazywanie mu współczucia, redukuje stany lękowe i przywraca mu godność[31].

Walidacja, w swoich najbardziej podstawowych wymiarach, może być stosowana przez każdego i w każdych warunkach. Wystarczy mieć świadomość, jak ważna jest jakość kontaktu z seniorem i ukierunkowanie się na jego specyficzne potrzeby. Wymaga to jednak prawdziwego i autentycznego zainteresowania osobą starszą.

Konieczne jest także zapobieganie izolowaniu starszych osób z zaburzeniami psychicznymi. Deprywacja sensoryczna i pozbawienie chorego wysiłku intelektualnego pogłębia zaburzenia pamięci i deteriorację osobowości. Ludzie starzy, nawet jeśli ich zachowanie jest uciążliwe i nieprzyjemne, mają prawo żyć w społeczeństwie. Jak twierdzi A. Bilikiewicz „ich izolacja jest postępowaniem niehumanitarnym, a z punktu widzenia psy-

31 J. Gielas, O braku zgody na pasywność seniora z demencją, „Wspólne Tematy”2008, nr 6, Tenże, *Walidacja gerontologiczna Naomi Feil,* części I, II, III, IV, 2003, nr 2, 3, 4, 5.

choprofilaktycznego – szkodliwym. Pogłębia w starym człowieku poczucie odrzucenia, frustracji, krzywdy i dyskryminacji”[32].

Zadaniem pedagoga wydaje się być także edukowanie społeczeństwa – niezbędna jest szeroka wiedza z zakresu prewencji niepełnosprawności psychicznej, oswajanie lęku przed starością i śmiercią, a także „walka” ze stereotypami.

Zakończenie

Proces starzenia jest naturalną konsekwencją życia ludzkiego i nieuniknione jest to, co ze sobą niesie. Powszechność występowania niepełnosprawności w starszym wieku będzie narastać wraz z procesem starzenia się społeczeństwa. Starości nie można zatem spostrzegać jako problemu, bolączki naszych czasów, ale traktować jak kolejny etap życia determinujący specyficzne i niespecyficzne wyzwania. Późna dorosłość, bez względu na to jak dynamiczny ma przebieg, może i powinna być okresem charakteryzującym się maksymalnie wysokim poziomem jakości życia. Żeby tak mogło, być konieczna jest interdyscyplinarna współpraca przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych owocująca rzetelnymi badaniami i postulatami dla praktyki. Starość, mimo że doczekała się licznych opracowań naukowych, nadal jest obszarem potrzebującym eksploracji. Wciąż niepoznany jest wewnętrzny świat osób chorujących na chorobę Alzheimera, czy inne zaburzenia otępienne. Być może nigdy nie zdołamy go poznać, ale na pewno nie powinniśmy zakładać, że nie istnieje lub jest bardzo ubogi. Naszym obowiązkiem jest przypominanie, że każdy człowiek odczuwa potrzebę bycia nieużytecznym, kochanym i zrozumianym. Każdy potrzebuje czuć się bezpiecznym. Każdemu przysługuje prawo do godności[33].

Mental disorders in old age – pedagogical perspective

In this article we concentrated on the problem of mantal disorders in old age. This study presents: Alzheimer’s disease, depression, delirium, neurotic disorders and sleep disorders. We mentioned of some pedagogical reflections

32 A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 391.

33 Prawo do godności gwarantowane jest człowiekowi w wielu, w tym międzynarodowych, dokumentach: m. in. w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i innych.

on the support of older people with mental disorders, referring to the two selected methods: geragogic Marii Montessori, validation therapy Naomi Feil.

Bibliografia

Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

Bilikiewicz A., *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatrii)*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 383–394.

Duda K., *Proces starzenia się,* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, Żołądź A. J. (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 1-32.

Gielas J., *O braku zgody na pasywność seniora z demencją,* „Wspólne Tematy" 2008, nr 6.

Gielas J., *Walidacja gerontologiczna Naomi Feil*, części I, II, III, IV, 2003, nr 2,3,4,5.

Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Wyd. PWN, Warszawa 2006.

Kępiński A., *Psychopatologia nerwic,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1972.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD –10 – Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2000.

Krzymiński S., *Zaburzenia psychiczne wieku starczego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

Leder S., *Choroby afektywne*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 283-307.

Milerski B, Śliwerski B. (red.), *Leksykon PWN. Pedagogika*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000.

Pużyński S., *Choroby afektywne,* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 267-282.

Pużyński S., *Depresje i zaburzenia afektywne,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

Schwarz G., *Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

Szelenberger W., *Zaburzenia snu*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 325-332.

Żakowska-Wachelko B., Misztalscy A. T., Czuma K., *Opiekun osób starszych*, Śląskie Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam, Katowice 2010.

Elżbieta Mirewska

Model opieki senioralnej i wsparcia opiekunów osób starszych-zależnych

Wstęp

Od wielu lat zauważany przez demografów postępujący trend w starzeniu się społeczeństwa polskiego wymusza na administracji publicznej najwyższego szczebla podejmowanie skorelowanych, wielopłaszczyznowych, interdyscyplinarnych działań. Mają one na celu budowanie spójnego modelu wsparcia adresowanego do zróżnicowanej wewnętrznie populacji osób starszych. Model ten wywodzi się z przyjętej w 2013 roku przez rząd Polski polityki senioralnej. Oznacza ona „ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się"[1]. Celem tej polityki jest wspieranie aktywności w każdej fazie życia człowieka, która sprzyja kreowaniu warunków do godnego, samodzielnego i niezależnego starzenia się. Oznacza to, wspieranie partnerów publicznych, społecznych i prywatnych zdolnych do wykorzystania przez nich potencjału senioralnego na rzecz poprawy aktywnego i zdrowego starzenia się. Podstawową tezą dla sformułowania zagadnień ujętych w polityce senioralnej jest koncepcja „Aktywnego starzenia się". Według Światowej Organizacji Zdrowia, oznacza ona proces „tworzenia optymalnych możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa, w celu poprawy jakości życia ludzi w okresie starości. Aktywne starzenie się pozwala ludziom wykorzystać z upływem lat potencjał, jakim dysponują, by czuć się dobrze pod względem fizycznym, społecznym i umysłowym, i uczestniczyć w życiu społecznym, przy jednoczesnym zapewnieniu im odpowiedniej ochrony, bezpieczeństwa i opieki, gdy tego potrzebują. Propagowanie aktywnego starzenia się wymaga zatem wielowymiarowego podejścia, poczucia odpowiedzialności i trwałego wspierania ze strony wszystkich pokoleń"[2].

---

1 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (poz. 118) s. 4.

2 Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r .w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej,

Celem zamieszczonej publikacji jest próba ukazania różnych perspektyw wspierania seniorów, w tym wsparcia formalnych i nieformalnych opiekunów. W krótkim zarysie omówiono rządowe założenia polityki senioralnej. Zasygnalizowano typowe problemy i potrzeby opiekunów osób zależnych. Wskazano przykładowe rozwiązania organizacji systemu pomocy seniorom i ich opiekunom oparte na wypracowanych rekomendacjach.

Zarys koncepcji polityki senioralnej

Przywoływana koncepcja aktywnego starzenia się przekłada się na elementy rządowego dokumentu – Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020. Obejmuje on prezentację kluczowych zagadnień w obszarze: „zdrowia i samodzielności, bezpieczeństwa, przestrzeni i miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej osób 50+, aktywności edukacyjnej, społecznej, kulturalnej osób starszych, srebrnej gospodarki i relacji międzypokoleniowych"[3]. Każde zagadnienie ujęte w urzędowym dokumencie zostało doprecyzowane o kierunki interwencji wyznaczające różnym podmiotom działania operacyjne.

Zdrowie i samodzielność

W obszarze *zdrowia i samodzielności* nacisk jest położony na wdrażanie innowacyjnych rozwiązań obejmujących programy profilaktyczne, prozdrowotne, ukierunkowane na aktywizację fizyczną, minimalizację ryzyka wystąpienia chorób, w tym chorób o charakterze przewlekłym, ograniczenie zjawiska niepełnosprawności i wykluczenia społecznego. Działania te mają być wzmacniane sprzyjającymi warunkami w kierunku rozwoju geriatrii jako specjalizacji medycznej wraz z zwiększeniem limitów zatrudnienia dla lekarzy-geriatrów świadczących kompleksową opiekę zdrowotną pacjentom-seniorom. Opieka ta ma wynikać z pięciu kluczowych zasad: powszechności, dostępności, kompleksowości, jakości opieki oraz z zachowania zasady nieodpłatności świadczeń i długotrwałości opieki medycznej[4]. Natomiast, w aspekcie samodzielności rekomendacja grupy eksperckiej propaguje szeroko rozumiane usługi społeczne wydłużające proces aktywności życiowej (zawodowej, społecznej, zdrowotnej, kulturalnej, edukacyjnej itp.) osób starszych. Za Założeniami Długofalowej Polityki Senioralnej pojęcie usług społecznych można zdefiniować jako świadczenia na rzecz gospo-

---

Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej s. 1-2, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:PL:PDF [Dostęp: 20.03.2015]..

3 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej…, s. 2-50

4 Tamże, s. 17.

darstw domowych o charakterze nierynkowym. Głównym dostarczycielem tych usług jest sektor publiczny, społeczny wspierany przez podmioty prywatne. Do katalogu usług społecznych włączono usługi zdrowotne, edukacyjne i inne usługi społeczne, których celem jest zaspokojenie potrzeb społecznych, ale także świadczenia wynikające z ubezpieczenia społecznego (typu starzenie się, wypadki przy pracy, bezrobocie, wsparcie w sytuacjach kryzysowych, reintegrację społeczną i inne)[5].

Rozwój usług społecznych w planowanych działaniach ma sprzyjać wielosektorowym przedsięwzięciom związanym z likwidacją różnorodnych barier: architektonicznych, transportowych, technologicznych, edukacyjnych, rekreacyjnych i innych. Dla tych działań przyjęto kierunki interwencji ułatwiające osobom starszym wykorzystanie w ich codziennym życiu nowych rozwiązań technicznych. Służyć temu mają nie tylko działania edukacyjne, aktywizacyjne, ale też i usługi asystentury senioralnej wspierające aktywnie życie osób zależnych. Dopełnieniem tego katalogu, powinny być świadczenia pieniężne lub pomoc w naturze w celu pokrycia wydatków związanych z bezpośrednią opieką i pielęgnacją. Ich wielkość ma stanowić wypadkową stopnia ograniczenia samodzielności osoby starszej[6]. Wprowadza się różnorodność środowiskowych form opieki senioralnej. Oprócz już istniejących dziennych domów pomocy, rodzinnych domów pomocy zapowiada się wdrożenie instytucji opiekuna dziennego. W założeniach wspiera się prawnie, administracyjnie i finansowo opiekunów nieformalnych, np. znajomych, sąsiadów, bliższą i dalszą rodzinę. Tworzy się przyjazne warunki umożliwiające łatwy dostęp do opieki długo- i krótkoterminowej nad osobami starszymi w sytuacji niezdolności opiekuna do świadczenia bezpośredniej opieki i pomocy. W tym obszarze, także podejmuje się wysiłki na rzecz wzmocnienia wolontariatu opiekuńczego, w tym wolontariatu senioralnego[7]. Tworzy się dogodną przestrzeń do rozwoju działań samopomocowych oraz przestrzeń dla innowacyjnych rozwiązań w zakresie opieki nad osobami zależnymi. Jednym z rekomendowanych innowacyjnych rozwiązań jest wprowadzenie instrumentów ułatwiających nadzór nad bezpieczeństwem seniorów-zależnych w postaci teleopieki i telemedycyny (tzw. niebezpośrednie usługi opiekuńcze). Przy wykorzystaniu technologii ICT postuluje się organizowanie i aktywizowanie społeczności sąsiedzkich, nastawionych na propagowanie zachowań integracyjnych, prozdrowotnych i profilaktycznych. W kierunkach interwencji społecznej dużą wagę przykłada się do skoordynowanych działań w ramach funkcjonowania interdyscyplinarnych

5 Tamże, s. 19-20.

6 Tamże, s. 20.

7 Szerzej E. Mirewska, *Wolontariat senioralny jako forma przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych* [w:] J. Matejek, E. Zdebska (red.), *Senior w rodzinie i instytucji społecznej,* Wydawnictwo Iris Studio, Kraków 2013, s. 191-199.

zespołów. Mają one świadczyć specjalistyczne usługi opiekuńcze włączające w system prac członków rodziny osoby starszej-zależnej. Dobrym rozwiązaniem systemowym jest postulowane wsparcie dla nieformalnych opiekunów. System ten ma się opierać na specjalistycznym poradnictwie: informacyjnym, edukacyjnym, medycznym oraz na doradztwie i wsparciu w zakresie profilaktyki wypalania zawodowego, a także na wymianie doświadczeń w sprawowaniu pieczy. W celu eliminacji z rynku pracy praktyki „szarej strefy" wprowadza się system ewidencjonowania opiekunów formalnych i nieformalnych świadczących opiekę osobom starszym. Łączy się to z propozycją gratyfikacji finansowej dla nieformalnych opiekunów zaangażowanych w proces świadczenia opieki. To rozwiązanie może wpłynąć na rozwój rynku pracy i wzrost poziomu zatrudnienia dla osób po 50 roku życia, a co za tym idzie ma gwarantować lepszą, jakość i szybkie tempo świadczonych usług opiekuńczych.

W organizacji lokalnego sytemu wsparcia rekomenduje się działania wspierające rodzinę oraz innych pozainstytucjonalnych opiekunów. Dzisiaj to oni są kluczowymi podmiotami zapewniającymi swoim bliskim bezpieczeństwo opiekuńcze i socjalne, niekiedy rezygnując w części lub w całości ze świadczenia swojej pracy zawodowej. W polityce senioralnej ten aspekt musi znaleźć swoje rozwiązanie. Nieformalni opiekunowie muszą mieć możliwość bezkonfliktowego godzenia życia zawodowego z praktyką, świadczenia opieki i z własnym życiem rodzinnym. Muszą mieć także zapewniony łatwy dostęp do profesjonalnego wsparcia, różnorodnych, profesjonalnych szkoleń i instytucji opieki zastępczej czy ochrony socjalnej. Te zamysły mają zapobiec zjawisku wykluczenia społecznego opiekunów, jak i marginalizacji ich podopiecznych. Mają one chronić opiekunów przed nadmiernym obciążeniem wynikającym ze świadczenia opieki oraz przed niepełnosprawnością własną.

Bezpieczeństwo

W innym *obszarze – bezpieczeństwo* zwrócono uwagę na zagadnienia wystąpienia zjawiska przemocy domowej i instytucjonalnej, w tym stosowania nieuczciwych praktyk handlowych wobec osób starszych, wymuszających na nich niekorzystne decyzje kupna – sprzedaży. Seniorzy w tym względzie mają otrzymać szerokie wsparcie prawne, społeczne i konsumenckie w celu wyeliminowania wobec nich sytuacji nadużyć. Rekomendowany zakres działań mocno akcentuje powszechne kształcenie służb społecznych z zakresu problematyki przemocy, postuluje wprowadzenie w instytucjach opieki odpowiednich procedur interwencji, zwraca

uwagę na wprowadzenie zmian w świadomości grup zawodowych i społecznych wobec zjawiska przemocy osób zależnych[8].

Przestrzeń i miejsce zamieszkania

Dla obszaru *przestrzeń i miejsce zamieszkania* przyjęto priorytety koncentrujące się wokół tworzenia przyjaznej przestrzeni do życia, pracy, nauki i rekreacji z zachowaniem uniwersalnej zasady uwzględniania w projektowaniu instytucji użyteczności publicznej potrzeb innych grup społecznych np. matek z małymi dziećmi, czy osób niepełnosprawnych[9]. Zaleca się, by przestrzeń miejska była dostępna i atrakcyjna dla osób starszych przez jej elementy takie jak: komunikacja, przestrzeń publiczna, budynki publiczne, szacunek i inkluzja społeczna, mieszkalnictwo, partycypacja społeczna, transport zatrudnienie[10]. W tym miejscu, rekomenduje się mieszkania dostępne architektonicznie, technologicznie i finansowo dla osób starszych, w tym zespoły budynków / osiedli uwzględniających szeroki wachlarz usług senioralnych. Aplikuje się również działania nastawione na budzenie w świadomości społecznej problematyki wystąpienia ubóstwa energetycznego[11], dostosowanie organizacji pracy transportu i komunikacji miejskiej do możliwości osób starszych np. rozmieszczenie przystanków, wprowadzenie w instytucjach użyteczności publicznej mechanizmów redukujących zbyt długi czas obsługi klienta[12].

Aktywność zawodowa osób 50+

W rozdziale *aktywność zawodowa osób 50* + popularyzuje się inicjatywy mające na celu wspieranie starszych pracowników w utrzymaniu ich na rynku pracy, przez podnoszenie i zdobywanie przez nich nowych uprawnień i kwalifikacji. Szeroko promuje się koncepcję „uczenia się przez całe życie" z jednoczesnym odwołaniem się do świadomości pracodawców, by w sposób ergonomiczny kształtowali stanowiska pracy, by modyfikowali zawodowe

---

8 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej…, s. 22.

9 Zob. E. Mirewska, *Udostępnienie obiektów użyteczności publicznej osobom niepełnosprawnym* [w:] Z. Szarota (red.), *Oświata dorosłych wobec jednostek i grup defaworyzowanych: ku społecznej jedności,* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012 s. 85-99.

10 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej…, s. 23.

11 Zgodnie z Założeniami Długofalowej Polityki Senioralnej „Ubóstwo energetyczne oznacza oszczędzanie na energii cieplnej z powodu braku posiadanych środków finansowych przez osoby starsze", s. 24. Szerzej I. Figaszewska, *Ubóstwo energetyczne,* [w:] *Biuletyn Urzędu Regulacji Energetycznej* nr 5(67) 2009 s. 2-21 http://www.ure.gov.pl/ftp/Biuletyny_URE/2009/2009.09.01-biuletyn_nr5.pdf, [Dostęp: 20.04.2015].

12 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej…, s. 24.

zakresy czynności adekwatnie do zmieniających się z wraz z wiekiem możliwości psychofizycznych swoich podwładnych. Wprowadza się także nowe podejście w zarządzaniu zasobami ludzkimi tzw. zarządzanie wiekiem[13]. Pozwala ono na wprowadzenie elastycznego czasu pracy, dostosowanie tempa wykonywanych czynności i czasu przerw do możliwości i ograniczeń seniora-pracownika. Zwraca się uwagę na zasoby pracownika, jego mocne strony, zdolności, umiejętności (zasada *empowerment*).

W dodatkowych kierunkach interwencji rekomenduje się wzrost skuteczności działań publicznych i niepublicznych służb zatrudnienia w polu aktywności zawodowej osób po 50 i 60 roku życia. Służyć temu mają czynności związane z: profilowaniem osób bezrobotnych w urzędach pracy, wspieraniem tzw. zwolnień monitorowanych (outplacement),[14] powołaniem centrów aktywności osób starszych, rozwojem pośrednictwa, doradztwa zawodowego i instytucji trenera pracy specjalizującego się we wsparciu zawodowym osób w wieku 50+ krótko- i długotrwale bezrobotnych. W tym obszarze zaleca się także krzewienie idei partnerstw lokalnych jako płaszczyzn współpracy wielosektorowych podmiotów środowiska lokalnego, zwłaszcza pracodawców skupionych wokół budowania oferty edukacyjnej dla seniorów-pracowników. Podmiotom edukacyjnym zaleca się dostosowanie metodyki nauczania oraz środków przekazu treści do możliwości percepcyjnych starszego pokolenia. Propaguje się inicjatywy związane z konsultacjami społecznymi, oraz rozwój narzędzi wspierających samorządy terytorialne w działaniach na rzecz osób w wieku 50+ (koordynatorzy lokalni, kontrakty międzypokoleniowe, mentoring)[15].

Aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych

W rozdziale *Aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych* przyjęto cele polityki senioralnej wspierające ideę uczenia się osób starszych i aktywizowania ich do działań obywatelskich i społecznych[16]. W tych celach zakłada się utrzymanie seniorów najdłużej jak to jest możliwe w pełnej sprawności fizycznej i intelektualnej oraz permanentne ich zaangażowanie do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i obywatelskim. Służyć temu mają liczne przygotowywane dla seniorów cykle szkoleń o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym propagujące wiedzę i umiejętności praktyczne oraz kluczowe kompetencje spo-

---

13 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej…, s. 25-27.

14 E. Mirewska, *Praktyczna nauka zawodu studentów kierunku praca socjalna* [w:] M. Banach, (red.) J. Matejek, *Z teorii i praktyki pracy socjalnej,* Wydawnictwo Levoča: MTM, 2012 s. 123-149.

15 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej…, s. 28.

16 Tamże, s. 29.

łeczne. W aspekcie zdrowia nacisk kładzie się na aktywność fizyczną, prawidłowy styl życia oraz edukację gerontologiczną. Projekty mają się odbywać w istniejących już placówkach szkoleniowo-kulturalno-rekreacyjnych typu: szkoły, domy kultury, Uniwersytety Trzeciego Wieku, domy parafialne, świetlice środowiskowe, biblioteki i inne. Obok nich mają powstać nowe instytucje realizujące efektywniejsze programy edukacji osób starszych, łączące w swych założeniach postulaty integracji międzypokoleniowej. Koszty ich działania będą wydatkami administracji publicznej. W aktywności edukacyjnej priorytetem stają się działania wykorzystujące technologię cyfrową i medialną w służbie osób starszych, w ich codziennym oprzyrządowaniu, zarówno w środowisku domowym (tzw. inteligentne domy) jak i lokalnym. To jednak wymaga, wprowadzenia systemowych rozwiązań skierowanych na uczenie osób starszych nowych kompetencji – kompetencji cyfrowych.

W obszarze *społecznym* natomiast, dąży się do upowszechniania edukacji obywatelskiej przez promowanie tzw. dojrzałego wolontariatu, który przynosi wymierne korzyści osobom świadczącym wolontariat, np. lepsza organizacja pracy własnej, budowanie właściwych relacji w stosunkach pracy, nabywanie umiejętności współpracy międzypokoleniowej, kształcenie umiejętności rozwiązywania problemów, konfliktów, budzenie kreatywności zawodowej, dbanie o wygląd i sprawność fizyczną itp. Obok lansowania mody na wolontariat rekomenduje się działania kreujące postawy obywatelskie (partycypacja obywatelska), w tym wspieranie lokalnych liderów, animatorów społecznych, kreatorów lokalnych działań, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach i na obszarach wiejskich.

Aktywność seniorów na polu *kultury* oznacza dla polityki społecznej kształtowanie dogodnych warunków do aktywnego uczestnictwa osób starszych w wydarzeniach o charakterze kulturalnym i artystycznym. Łączy się to z zadaniem pełnego wykorzystania ich potencjału intelektualnego i artystycznego (talenty, pasje, szczególne zainteresowania). Zadaniem więc samorządów lokalnych jest szerokie udostepnienie istniejącej infrastruktury kulturowej oraz jej zasobów na potrzeby upowszechnienia i włączenia różnych grup społecznych w środowiskowe, kulturowe inicjatywy. Kierunki interwencji, w tym obszarze powinny więc koncentrować się na wspieraniu lokalnej twórczości artystycznej, generowaniu nowych miejsc pracy opartych na gospodarce ekonomii społecznej, a osadzonych na promocji artystycznej lokalnego produktu i dziedzictwa kulturowego. Dużą uwagę przykłada się do wymiany doświadczeń artystycznych i kontaktów środowisk twórczych funkcjonujących w wymiarze lokalnym i transgranicznym.

Srebrna gospodarka

Obok działalności animującej życie społeczne, kulturalne i edukacyjne osób starszych ważne staje się ich codzienne funkcjonowanie. Liczne potrzeby i ograniczenia psychofizyczne tej grupy, stymulują kształtowanie się specyficznego rynku konsumenckiego. W planach marketingowych wielu firm i instytucji atrakcyjnym klientem staje się starsze pokolenie. Generuje ono specyficzny przemysł zwany *srebrną gospodarką*[17]. Jego produkty i usługi adresowane są do starszego, sprawnego i niepełnosprawnego klienta. Wachlarz prezentowanych ofert jest bardzo szeroki. Przykładowo są to: świadczenia i wyroby medyczne, usługi farmaceutyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, chirurgia i kosmetyka, serwis gastronomiczno-cateringowy, przemysł odzieżowy, infrastruktura mieszkalna, rekreacja i turystyka. „Zauważenie przez biznes potencjału konsumpcyjnego ludzi starszych owocuje nowymi projektami gospodarczymi, jak np. powstanie słonecznych miast (suncity), sieci sklepów przystosowanych do potrzeb ludzi seniorów, ośrodków rozrywki"[18]. W obliczu tak rozwijającego się przemysłu senioralnego polityka państwa nastawiona jest na wspieranie efektywnych rozwiązań uwzgledniających potrzeby i oczekiwania osób starszych. Na szczególną uwagę zasługują tu inicjatywy odnoszące się do promocji alternatywnych form opieki, wzrostu prestiżu zawodów opiekuńczych (opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka medyczna), ożywienia sektora ekonomii społecznej bazującego na zatrudnianiu starszych pracowników[19].

Relacje międzypokoleniowe

Ostatni, przyjęty w założeniach polityki senioralnej obszar, to kreowanie pozytywnych *relacji międzypokoleniowych* w świadomości społecznej. Obszar ten wymaga zmiany postaw społecznych wśród młodych, dojrzałych i starszych pokoleń. Oczekuje się, by społeczeństwo traktowało starość jako jedną z faz rozwoju człowieka, jako naturalny etap przemijania, który ma swoje ograniczenia, ale i bogactwo wartości, którym można się podzielić z młodszym pokoleniem. Powszechna więc akceptacja staro-

---

17 Srebrna gospodarka definiowana jest jako „(…) system ekonomiczny ukierunkowany na wykorzystanie potencjału osób starszych i uwzględniający ich potrzeby (…)" [w:] *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej,* s. 44.

18 M. Gałuszka, *Siwiejąca populacja: ekonomiczna, społeczna i etyczna waloryzacja starości,* [w:] http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/2007_02_galuszka_83_93.pdf, s. 4, [Dostęp: 23.04.2015].

19 Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej…, s. 45.

ści i twórcze spożytkowanie jej walorów stanowi wiodącą orientację polityki senioralnej. W tym kontekście kierunki interwencji powinny obejmować wskazania do: przeciwdziałania zjawisku dyskryminacji osób starszych, promowania w przekazach medialnych i kampaniach społecznych pozytywnego ich wizerunku, budowania strategii opartej na solidarności międzypokoleniowej. Odpowiadający za politykę senioralną eksperci rekomendują wsparcie i współpracę podmiotów działających jednocześnie na rzecz młodych i starszych pokoleń. Sugerują rozwój i pełne wykorzystanie istniejącej infrastruktury środowiskowej przyjaznej osobom starszym, ale i młodszym pokoleniom. Opowiadają się także za wzmocnieniem inicjatyw służących wymianie kontaktów i doświadczeń międzypokoleniowych, a także za wypracowaniem i upublicznieniem pozytywnego podejścia do starości, w tym promowaniem nowej terminologii akceptującej starszy i sędziwy wiek. Następstwem tych wszystkich działań ma być wykreowana międzypokoleniowa integracja społeczna.

Opiekunowie osób starszych - zależnych i ich zadania

Istotnym aspektem w omawianym dokumencie jest dostrzeżenie i docenienie roli opiekunów formalnych i nieformalnych funkcjonujących w środowiskowym systemie wsparcia. Opiekunowie ci, angażując się w opiekę, pielęgnację i pomoc domową, starają się osobom starszym zapewnić w miarę ich możliwości samodzielność i niezależne życie[20]. Grupa opiekunów osób starszych jest zróżnicowana. Są opiekunowie formalni świadczący usługi opiekuńcze i asystenckie w ramach własnej profesji jako opiekunki środowiskowe, jako opiekunowie osób starszych czy asystenci osób niepełnosprawnych. Usługi swe traktują jako formalne zatrudnienie, za które pobierają świadczenia pracownicze. Przy wykonywaniu swojej roli zawodowej legitymują się stosownymi dyplomami i profesjonalnymi certyfikatami. Dzisiaj, dla tych osób głównym pracodawcą są ośrodki pomocy społecznej, organizacje społeczne typu Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Pomocy Społecznej czy inne fundacje i stowarzyszenia statutowo zajmujące się opieką i pomocą społeczną. Czasami opiekunowie formalni są sami dla siebie pracodawcą legalizując własną działalność gospodarczą. Od pewnego czasu zauważa się trend, w którym samorządy gmin rezygnują z zatrudniania opiekunów formalnych i delegują ich zadania na organizacje pozarządowe lub podejmują współpracę z osobami będącymi na samozatrudnieniu. Nie sprzyja to jakości wykonywanej pracy,

20 Szerzej: R. Szarfenberg (red.), *Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług u modeli instytucji*, Wydawnictwo Wrzos, Warszawa 2011 s. 170.

gdyż wynagrodzenie w trzecim sektorze, jak i w ramach własnej działalności gospodarczej jest na bardzo niskim poziomie. Na rynku usług opiekuńczych pojawia się nadwyżka miejsc pracy i słabe zainteresowanie zawodami opiekuńczymi. Pracownicy poszukający pracy dostrzegają w tych zawodach obok niskiego wynagrodzenia trudne warunki pracy[21], nienormowany czas wykonywanych czynności, a także ograniczony dostęp do specjalistycznych szkoleń spowodowany barierą ich samofinansowania.

Druga grupa opiekunów społecznych, to opiekunowie świadczący swe usługi w ramach umowy wolontaryjnej. Do pracy wolontaryjnej zrekrutowani są oni przez organizacje społeczne i obywatelskie, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, instytucje oświaty i ochrony zdrowia i inne. Ich rola ma charakter uzupełniający i komplementarny wobec profesjonalnych służb społecznych. Nie mogą więc oni zastąpić działań profesjonalnych kadr.

Trzeci rodzaj opiekunów społecznych tzw. nieformalnych jest bardzo liczny i właściwie nieoszacowany. Stanowią go członkowie rodzin, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, współuczestnicy instytucjonalnych (np. UTW, dziennych domów pomocy) i pozainstytucjonalnych kręgów rówieśniczych. Z reguły opiekunowie ci nie mają profesjonalnego wykształcenia ani przygotowania, mimo to na bieżąco muszą sprostać codziennym opiekuńczym wyzwaniom. Rolę opiekuna nieformalnego najczęściej świadczy osoba z kręgu rodzinnego. Zdaniem profesor B. Tobiasz-Adamczyk opiekun nieformalny to osoba, która daje znaczącą, bliską, bezpośrednią pomoc (fizyczną lub psychiczną) osobie wymagającej takiej pomocy[22]. Pojęcie „opiekuna nieformalnego" w literaturze przedmiotu czasami zastępowane jest określeniem „opiekun rodzinny" mimo że opiekę świadczy przykładowo sąsiad[23] lub stosowane jest również zamiennie określenie „niezawodowy opiekun"[24].

Z badań prowadzonych przez J. Perek-Białas[25] i B. Tobiasz-Adamczyk wynika, iż ciężar opieki przeważnie przyjmuje na siebie kobieta będąca sama w wieku 50+ opiekując się swoimi rodzicami, starszym rodzeństwem, krewnymi, teściami. Czyni to w sposób permanentny, kosztem życia

---

21 Patrz J. Krzyszkowski, *Osoby starsze* [w:] R. Szarfenberg (red.), *Krajowy Raport Badawczy…*, s. 174

22 B. Tobiasz-Adamczyk, *Wyzwania przed opiekunami rodzinnymi w zmieniającym się społeczeństwie*, Referat wygłoszony na Konferencji pt. Opiekunowie rodzinni osób starszych – jak zbudować skuteczny system wsparcia?, Kraków 2015.

23 Por. M. Rosochacka-Gmitrzak, *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin* [w:] M. Racław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 140.

24 B. Tobiasz-Adamczyk, Wyzwania przed opiekunami…

25 J. Perek-Białas, *Urynkowienie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia* [w:] M. Racław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 64.

rodzinnego, czasu wolnego, rezygnując jednocześnie z własnego rozwoju zawodowego czy innych aktywności życiowych. Niełatwo jej godzić życie zawodowe z opieką nad osobami starszymi-zależnymi. Podstawowymi obowiązkami, którym musi sprostać są czynności związane z zarządzaniem gospodarstwem domowym swoich podopiecznych w tym: sprzątanie, pranie, robienie codziennych zakupów, wykup lekarstw i środków medycznych, przygotowanie posiłków zgodnie z ustaloną dietą, czuwanie nad procedurą przyjmowania leków, pilnowanie terminowości opłat eksploatacyjnych mieszkania (czynsz, media, opłaty za telefon, Internet, przekaz radiowo-telewizyjny). Dodatkowo opiekun obciążony jest czynnościami administracyjno-urzędowymi, które realizuje w imieniu swoich podopiecznych np. podejmowanie starań o ustalenie stopnia niepełnosprawności, staranie się o przyznanie turnusu rehabilitacyjnego czy sanatorium, pomoc w rozliczeniu się z urzędem skarbowym, zakup okularów lub sprzętu ortopedycznego. Opiekun zaangażowany jest także w czynności związane z naprawą sprzętu domowego lub organizacją serwisu naprawczego. Niekiedy dokonuje zakupu nowych akcesoriów lub zmuszony jest do przeprowadzenia remontu mieszkania, by móc je dostosować do potrzeb osób niesprawnych. W harmonogram zajęć opiekuna wyliczone są również obowiązki związane z organizacją opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Dzisiejszy system ochrony zdrowia opiekunowi nie ułatwia tej czynności. Sporo czasu zajmuje mu ustalenie, jaki podmiot będzie realizował diagnostykę medyczną, a jaki rehabilitacyjną. Często te świadczenia są rozrzucone geograficznie w przestrzeni gminy lub powiatu, a terminy ich realizacji są wydłużone w czasie. Opiekun więc musi dbać o koordynację tych działań, jednocześnie pamiętając o wyznaczonych terminach wizyt lekarskich swoich podopiecznych. Niejednokrotnie sam zapewnia transport na badania lekarskie, zabiegi i rehabilitację oraz asystuje podczas tych spotkań. Jego asysta przy seniorze jest nieodzowna w kontakcie ze specjalistami medycznymi, bo to warunkuje jakość sprawowanej opieki domowej. Jednak czas opiekuna przeznaczony na konsultacje medyczne wraz z dowozem na nie seniora, jest czasem bezpowrotnie utracony. Dzieje się to kosztem jego zobowiązań zawodowych, własnych czynności rodzinnych i osobistego czasu przeznaczonego na odpoczynek i rekreację oraz kontakty towarzyskie.

W codziennej praktyce zauważa się, iż opiekunowie stają na wysokości zadania i wypełniają swoje obowiązki, niejednokrotnie zapominając o sobie i swoich potrzebach. Nie uświadamiają sobie własnych obciążeń i piętna odpowiedzialności. Zakres jednak opieki domowej z dnia na dzień się rozszerza. Pogłębia się niepełnosprawność podopiecznych. Opiekun dociążony jest ponad swoje możliwości. Podwójne obciążenie ma miejsce, gdy jednocześnie świadczy opiekę nad dwoma schorowanymi seniorami (np. rodzicami). Każdy z nich wymaga indywidualnego podejścia i zaangażowania.

Każdemu należy poświęcić uwagę, energię, czas, i niekiedy środki finansowe. Sytuację komplikuje również zmiana stanu zdrowia seniorów np. senior z chorobą Alzheimera, z demencją starczą, pacjent onkologiczny. Zakres działań opiekuna rozszerza się wtedy o dodatkowe czynności pielęgnacyjno -higieniczne typu: mycie, karmienie, ubieranie, podawanie leków, wykonanie podstawowych zabiegów rehabilitacji przyłóżkowej itp.

Oprócz wkładu energii własnej i czasu poświęconego na świadczenie opieki, opiekunowie rodzinni wspierają często finansowo swoich podopiecznych. Wielu seniorów, pomimo posiadania własnego zabezpieczenia rentowo-emerytalnego, nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb i żyć na godnym poziomie (zdarza się, że nie są w stanie wykupić lekarstw przepisanych przez lekarza). Wtedy zachodzi konieczność nieformalnego lub formalnego podjęcia przez opiekuna zobowiązania alimentacyjnego wspierającego finansowo seniora.

Trudno oszacować, które rozwiązanie w opiece nad osobami zależnymi jest lepsze czy zamieszkanie razem z seniorami w jednym gospodarstwie domowym czy borykanie się z codziennymi dojazdami do swoich podopiecznych. Zarówno jedna jak i druga sytuacja jest dla opiekuna niewygodna i wyczerpująca. Ciągłe przebywanie z osobami wymagającymi opieki sprzyja szybkiemu wyczerpaniu fizycznemu i psychicznemu, a codzienne dojazdy do swoich podopiecznych po wykonaniu przez opiekuna pracy zawodowej dodatkowo potęgują wypalenie się w swej roli. Jeśli na to, nakładają się problemy osobiste i zdrowotne, a opiekun od swoich czynności nie ma urlopu, można się spodziewać, iż sam będzie wymagał pomocy. Jednym z rozwiązań, które stosuje się w praktyce jest rezygnacja z pracy zawodowej opiekuna w celu świadczenia opieki lub podzielenie się obowiązkami z innymi osobami. Szuka się wtedy osoby zaufanej, która za gratyfikację finansową podejmie się opieki. Te osoby traktują to zajęcie jako pracę dorywczą. Nie rejestrują jej jako własnej działalności gospodarczej, gdyż spodziewany dochód nie gwarantuje zysków po odliczeniu kosztów pracy. Opiekunowie ci na rynku pracy zasilają więc obszar tzw.szarej strefy (nieformalni opiekunowie z „szarej strefy”). Nie są nigdzie ewidencjonowani, ani afiliowani. Podobnie problem zabezpieczenia opieki dostrzega K. Kluzowa: „trudniej jest zorganizować rodzinną pomoc w przypadku oddzielnego zamieszkiwania w obrębie tej samej miejscowość, a z trudnościami, niekiedy niemożliwymi do pokonania, przychodzi to czynić wówczas, gdy dystans przestrzenny między osobą potrzebującą na co dzień opieki a jej bliskimi przekracza granice danej miejscowości i wyraża się w dziesiątkach czy setkach kilometrów dzielących obie strony. Rodzi się wtedy konieczność korzystania z pomocy pozarodzinnej, czy to sąsiedzkiej, czy w postaci usług opiekuńczych organizowanych za pośrednictwem miejscowego ośrodka pomocy społecznej albo świadczonych przez

podmioty prywatne. Natomiast w sytuacji, gdy taka domowa pomoc okazuje się niewystarczająca lub nie można jej zorganizować, pozostaje skorzystanie ze stacjonarnego wsparcia instytucjonalnego w domu pomocy społecznej"[26].

Wsparcie opiekunów osób starszych-zależnych

W związku z faktem starzenia się społeczeństwa polskiego i wzrostem zapotrzebowania na usługi społeczne należy podjąć zdecydowane działania wspierające profesje opiekuńcze, w tym rodziny opiekujące się osobami starszymi. Ich codzienne, permanentne zaangażowanie w działania na rzecz osób zależnych generować może zjawisko wypalenia zawodowego będące efektem długotrwale przeżywanego stresu: finansowego, fizycznego i emocjonalnego[27]. Autorka koncepcji metodologii badań i raportu *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej* J. Perek-Białas zwraca uwagę na występowanie jednostki chorobowej zwanej zespołem opiekuna lub zespołem stresu opiekuna (CSS – Caregiver Stress Syndrome) będącego konsekwencją realizacji nadmiernej ilości obowiązków, doświadczaniem lęku związanego z opieką i chronicznym zmęczeniem[28]. Natomiast B. Tobiasz-Adamczyk w konsekwencji sprawowania opieki widzi zagrożenie związane ze zjawiskiem „opiekuna wypalonego" czyli opiekuna zmęczonego, odmawiającego opieki lub pod wpływem opiekowania się uciekającego do autodestrukcyjnych zachowań typu: picie alkoholu, samozaniedbanie, pogorszenie jakości sprawowanej opieki, stosowanie różnych rodzajów przemocy włącznie z porzuceniem – oddaniem osoby zależnej do instytucji opiekuńczej. Wskazuje ona również na społeczne i psychospołeczne skutki przeciążenia opiekunów. Do społecznych konsekwencji zalicza ograniczenie przez opiekuna kontaktów społecznych włącznie z izolacją społeczną, utratę czasu wolnego opiekuna – „czasu dla siebie," rezygnację z zainteresowań, rezygnację z pracy zawodowej lub równoczesne pełnienie ról wynikających z obciążenia pracą zawodową i świadczeniem opieki – tzw. dualizm ról. W konsekwencjach psychospołecznych bycia opiekunem dostrzega: emocjonalny zły stan zdrowia opiekuna, zaburzenia życia społecznego, nasilający się stan niezadowolenia z życia będący efektem wprowadzonych ograniczeń w aktywności społecznej opiekuna oraz ujawniające się problemy związane z emocjonalnymi reakcjami typu: brak snu, stałe napię-

26 K. Kluzowa, *Demograficzne drogowskazy dla gerontologicznej pracy socjalnej* [w:] M. Nóżka i M. Smagacz-Poziemska (red.), Zeszyty Pracy Socjalnej, Tom 18, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014 s. 61.

27 M. Rosochacka-Gmitrzak, *Wsparcie opiekunów nieformalnych…*, s. 145-146.

28 *Opiekunowie rodzinni osób starszych –problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badań*, ROPS, Kraków 2015, s. 7.

cie związane z czuwaniem i byciem w stanie gotowości do niesienia pomocy. Obok negatywnych aspektów udzielania pomocy wyróżnia ona także pozytywne konsekwencje świadczenia opieki. Wynikają one z potrzeb i motywacji opiekuna: bycie potrzebnym, chęć sprostania zadaniom, sprawdzenie się w roli opiekuna, wzmocnienie poczucia własnej wartości, „robienie czegoś dobrego", doświadczanie poczucia satysfakcji, poprawa relacji między opiekunem a osoba chorą. Czasami pozytywne i negatywne aspekty splatają się w jednym czasie – zmęczenie- satysfakcja[29].

Wobec takiej jakości życia, opiekunowie oczekują od instytucji publicznych zróżnicowanego wsparcia ułatwiającego im pełnienie roli opiekuna. Według badań przeprowadzonych przez M. B. Brzyską największe zapotrzebowanie na wsparcie przejawia się w czasowym zastąpieniu w opiece, w tzw. opiece wyręczającej (60,4%), następnie pomoc w pielęgnacji chorego (49,1%), w dalszej kolejności stworzenie opiekunowi możliwości rozmowy o jego problemach (34%), dostarczenie pomocy finansowej (18,9%) i pomoc w organizacji transportu (18,9%), a na samym końcu pojawia się potrzeba pomocy w przygotowaniu posiłków (11,3%). Prawie 25% oczekiwań zgłoszonych przez opiekunów nie została przez nich zdefiniowana, uznano je jako inne czynności[30]. Prawdopodobnie dotyczy to wsparcia w rozwiązywaniu problemów w relacji chory-opiekun-instytucja. Pozostaje pytanie, jak najlepiej w codziennym trudzie wspierać opiekunów. Ciekawe międzynarodowe rozwiązania w tym zakresie przytacza M. Rosochacka-Gmitrzak. Na przykład *National Family Caregiver Support Program* zabezpiecza finansowanie form pomocy obejmujący pracę socjalną, poradnictwo, doradztwo, dostęp do usług i szkoleń dla opiekunów, grupy wsparcia, pomoc w organizacji urlopu dla opiekunów, profilaktykę wypalenia zawodowego, działania związane z dezinstytucjonalizacją. Podobnie funkcjonuje program „Grupy psychoedukacyjne i szkolenia w zakresie umiejętności opiekuna nieformalnego". Nastawiony jest on na zdobywanie przez opiekuna wiedzy i umiejętności w zakresie opieki, ale i własnej ochrony przed nadmiernym obciążeniem psychofizycznym. Tożsame elementy odnaleźć można w programie *Environmental Skill-building Program*. Inne rozwiązanie to system *Geriatric care manager*, w ramach którego zatrudniony jest specjalista od ochrony zdrowia i usług socjalnych, który zarządza sferą opieki i pielęgnacji. Wykorzystuje on w praktycznym działaniu swoją wiedzę z zakresu gerontologii, pracy socjalnej i psychologii na rzecz pomocy rodzinie i osobie zależnej. Podobnie działa projekt *Tailored caregiver assessment and referral*. Wyróżnia go system standaryzacji usług realizowanych przez menedżerów opieki geriatrycznej na rzecz opiekunów

29 B. Tobiasz-Adamczyk, *Wyzwania przed opiekunami…*

30 M. B. Brzyska, *Badania nad opiekunami* [w:] B. Tobiasz-Adamczyk, *Wyzwania przed opiekunami…*

i ich rodzin. Usługi te są zindywidualizowane w zależności od identyfikacji potrzeb i problemów opiekunów. *The Lifespan Respite Task Force* to inicjatywa tworząca sieć powiązań międzyorganizacyjnych instytucji społecznych, których celem jest rozwijanie narodowego wsparcia w czasowym odciążaniu opiekunów nieformalnych, finansowana z państwowego budżetu. Tak samo inicjatywa *Respite care* jest nastawiona na czasowe wsparcie opiekunów nieformalnych w formie urlopu od wykonanych usług opiekuńczych. Cenną inicjatywą jest działanie koncentrujące się wokół prowadzenia „Grup wsparcia dla opiekunów nieformalnych". Udział opiekuna w spotkaniach takiej grupy jest powiązany z zabezpieczeniem opieki w tym samym czasie nad niepełnosprawnym seniorem. Inna ważna aktywność, to realizacja projektu przeznaczonego dla opiekunów uwzględniająca „upowszechnienie dostępu do informacji w wersji elektronicznej" – wsparcie elektroniczne (telekonferencje, interaktywny kontakt, portale społecznościowe i inne)[31]. Polskie rekomendacje dotyczące wsparcia opiekunów osób zależnych opracowała J. Perek-Białas. Wiele z nich stanowi modyfikację międzynarodowych programów przytaczanych powyżej. Zapewne założenia te stanowią konsekwencje sformułowanych w raporcie wniosków z badań oraz gotowości systemu instytucji publicznych do rozwoju usług prosenioralnych.

Według J. Perek-Białas działania administracyjne powinny się koncentrować na piętnastu obszarach. Pierwszy z nich zakłada powołanie „lokalnych i subregionalnych centrów wsparcia" *z* ofertą opieki dziennej i aktywizacji osób niesamodzielnych, wsparcia terapeutycznego oraz edukacji uczestników centrów i ich rodzin. Drugi obszar, dotyczy „scalenia informacji o uprawnieniach i przywilejach resortowo rozproszonych". Kompleksowe informacje z zakresu pomocy osobom zależnym i ich opiekunom powinny być dostępne nie tylko w instytucjach pomocy społecznej ale i w instytucjach ochrony zdrowia, na portalach społecznościach. Dostęp do nich powinien być możliwy podczas konferencji i szkoleń branżowych, a także w ramach formalnego kształcenia studentów. Trzeci obszar, to „oddziaływanie na świadomość samych opiekunów" i ich otoczenie. Związane jest to z kampaniami promującymi wsparcie opiekunów rodzinnych, którzy często blokują się na przyjęcie zewnętrznej pomocy. Kolejny obszar, to wykorzystywani*e* „instrumentu mediacji rodzinnych" *w* ustaleniu organizacji opieki nad osobą niepełnosprawną wśród członków rodziny. Następny, ale bardzo istotny obszar pozwalający „na godzenie życia zawodowego z życiem rodzinnym", to promocja i nagradzanie pracodawców ułatwiających wykonywanie pracy przez opiekunów w takim zakresie, na jaki pozwala rola opiekuna np. elastyczne formy zatrudnienia. Szósty obszar, to „zbudowanie strategii dotarcia do rodzinnych opiekunów", którzy

31 Szerzej: M. Rosochacka-Gmitrzak, *Wsparcie opiekunów nieformalnych…*, s. 147-151.

nie są ewidencjonowani, celem stworzenia rejestru opiekunów i objęcia ich kompleksowym wsparciem (finansowym, doradczym, terapeutycznym, informacyjnym i innymi) Aby pomoc była skuteczna, to powinna być ona „zindywidualizowana, elastyczna, świadczona lokalnie, jak najbliżej miejsca zamieszkania opiekunów rodzinnych" przy zachowaniu właściwej koordynacji (siódmy obszar). Ma to związek z już istniejącymi usługami „w dziennych domach pomocy", które powinny wprowadzać elastyczną formułę pracy dostosowaną do zróżnicowanych potrzeb opiekuńczych, np. praca z osobami z otępieniem (obszar ósmy). W obszarze dziewiątym, pojawia się „koncepcja «urlopu od opieki»". To forma wsparcia o charakterze opieki „wytchnieniowej," „odciążeniowej" zakłada umieszczenie na pewien czas w placówkach całodobowych osobę starszą. Zamysł ten, łączy się ze strategią budowy i rozwoju „sieci wolontariatu" ukierunkowanego na pracę z osobami starszymi i zależnymi oraz z ich rodzinami (obszar dziesiąty). Kolejne obszary, dotykają problematyki „edukacji i dostępu opiekunów rodzinnych do informacji" poprzez takie instrumenty, jak: portal internetowy, bezpłatne szkolenia, profesjonalne publikacje. Przedostatni obszar rekomenduje wprowadzenie „usług menedżera opieki" (czternasty obszar), którego rola ma polegać na instruowaniu, edukowaniu, doradzaniu, wspieraniu i pomocy opiekunom i ich rodzinom w dostępie do usług świadczonych przez instytucje lokalne. Ostatni piętnasty obszar, to tworzenie „grup wsparcia dla opiekunów" i ich otoczenia rodzinnego[32].

Niektóre, wymienione powyżej rozwiązania i sugerowane rekomendacje można odnaleźć w założeniach polityki senioralnej rządu jak i w opracowywanych standardach usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania, przygotowanych przez grupę ekspertów z organizacji WRZOS[33]. Zapowiedzi zmian mają charakter optymistyczny. Docenia się w nich rolę nieoficjalnych opiekunów mając jednocześnie świadomość ich instytucjonalnego wsparcia. W zapisach rządowych dla opiekunów przewiduje się upowszechnienie dostępu do specjalistycznych szkoleń zwłaszcza prozdrowotnych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu. Kładzie się nacisk na rozwój specjalistycznego poradnictwa prawnego, w tym rodzinnego. Uruchamia się system doradztwa społecznego i socjalnego, edukacyjnego wspierającego opiekuna i jego podopiecznych. Tworzy się także warunki do swobodnego skorzystania z opieki zastępczej celem wykorzystania przez rodzinę prawa do urlopu. Służyć temu mają m.in. środowiskowe i instytucjonalne formy opieki i pielęgnacji. w systemie świadczeń rodzinnych przewiduje się ochronę socjalną dla osób starszych i ich opiekunów.

32 Szerzej: *Opiekunowie rodzinni osób starszych…*, s. 22-29.

33 WRZOS to skrót organizacji społecznej Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych – działa na rzecz profesjonalizacji działań pomocowych w Polsce. http://www.wrzos.org.pl

Temu wszystkiemu mają towarzyszyć zmiany prawne legalizujące działania wobec osób starszych i ich otoczenia. Natomiast, w zaleceniach zespołu ekspertów z WRZOS-u dodatkowo zwraca się uwagę na powołanie w działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej stanowisk zatrudniających pracowników socjalnych merytorycznie przygotowanych do rozwiązywania spraw ludzi starszych. Eksperci WRZOS-u podobnie jak M. Nóżka i M. Smagacz-Poziemska akcentują, iż praca socjalna z osobami starszymi jest ważniejsza niż usługi opiekuńcze i świadczenia finansowe. Postulują, by w środowisku lokalnym pojawił się zintegrowany system pomocy społecznej dla osób starszych wraz z interdyscyplinarnym zespołem koordynującym działania instytucji i organizacji społecznych udzielających pomocy osobom starszym[34]. Krzyszkowski natomiast, stoi na stanowisku, aby „(…) zmienić ustawę o pomocy społecznej poprzez wydzielenie osobnego rozdziału traktującego o pomocy dla osób starszych zarówno o charakterze aktywizującym społecznie, jak i w postaci usług opiekuńczych i opieki długoterminowej"[35].

Podsumowanie

„Zmieniły się nie tylko wskaźniki demograficzne, ale i społeczne granice starości – obecnie jest ona osiągalna dla większości osób. Obowiązkiem państwa i społeczeństwa jest stworzenie każdemu człowiekowi optymalnych warunków do pomyślnego życia i starzenia się. Dzięki umiejętnie realizowanej polityce społecznej minimalizowane jest ryzyko marginalizacji społecznej seniorów, oddala się ryzyko senilizmu"[36]. Samo jednak wsparcie osób starszych nie jest wystarczające. Nie należy przy tym zapominać o tych, którzy organizują i realizują to wsparcie, a mianowicie o opiekunach formalnych i nieformalnych. Szczególną uwagę należy zwrócić na tych opiekunów, którzy przez rodzinne powiązania są uwikłani w system opieki domowej. Oni najbardziej potrzebują systemowego wsparcia, by efektywnie realizować dalej swoje obowiązki. Zdarza się, iż opiekunowie rodzinni w jednakowym czasie świadczą opiekę nie tylko pokoleniom zstępującym (seniorom), ale i wstępującym (dzieciom). W literaturze przedmiotu to zjawisko określane jest jako „pokolenie opiekunów" czyli *sandwich generation*[37]. Pokolenie

---

34 J. Krzyszkowski, *Osoby starsze* [w:] R. Szarfenberg (red.), *Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup-diagnoza standaryzacji usług u modeli instytucji,* Wydawnictwo Wrzos, Warszawa 2011, s. 189-191.

35 Tamże, s. 190.

36 R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Wydawnictwo Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 23.

37 *Opiekunowie rodzinni osób starszych –problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej…*, s. 3.

to w sprawowaniu opieki musi uzyskać profesjonalne wsparcie ze strony instytucji publicznych i niepublicznych. Problem ten wyraźnie dostrzegają autorki koncepcji srebnej pracy socjalnej – M. Nóżka i M. Smagacz -Poziemska[38]. Również administracja rządowa ma świadomość rozbudowania systemu wszechstronnego wsparcia seniorów. Miejmy nadzieję, że podjęte przez nią ustalenia w kontekście polityki senioralnej nie będą tylko zapowiedziami działań ale staną się konkretnymi rozwiązaniami faktycznie wspierającymi osoby starsze i ich najbliższych.

The senior model of care and support for carers of older people-dependent

One of the key priorities of the state social policy focuses on the organization of support and care system for the elderly. The aging Polish society requires the introduction of innovative solutions to ensure a new quality of life for people in retirement age as well as a new quality of work for those who provide the elderly with assistance. Although some solutions identified as the senior policy have already been formulated in government records, it is necessary to implement them into practice.

This paper presents an integrated model of the senior policy covering activities for seniors and their caregivers. It also discusses the positive and negative aspects of this policy for the addressees.

Bibliografia

Gałuszka M., *Siwiejąca populacja: ekonomiczna, społeczna i etyczna waloryzacja starości,* [w:] http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/2007_02_galuszka_83_93.pdf, s. 4 [Dostęp: 23.04.2015]

Kijak R. J., Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Wydawnictwo Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.

Kluzowa K., *Demograficzne drogowskazy dla gerontologicznej pracy socjalnej,* [w:] M. Nóżka i M. Smagacz-Poziemska (red.), Zeszyty Pracy Socjalnej, t. 18, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

38 Szerzej: M. Nóżka i M. Smagacz-Poziemska, *Srebrna praca socjalna- adekwatność i potencjał usługi* [w:] M. Nóżka i M. Smagacz-Poziemska (red.) Zeszyty Pracy Socjalnej, t. 18, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Krzyszkowski J., *Osoby starsze* [w:] R. Szarfenberg (red.), *Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup-diagnoza standaryzacji usług u modeli instytucji*, Wydawnictwo Wrzos, Warszawa 2011.

Mirewska E., *Praktyczna nauka zawodu studentów kierunku praca socjalna* [w:] M. Banach, J. Matejek (red.), *Z teorii i praktyki pracy socjalnej,* Wydawnictwo Levoča: MTM, 2012.

Mirewska E., *Udostępnienie obiektów użyteczności publicznej osobom niepełnosprawnym* [w:] Z. Szarota (red.), *Oświata dorosłych wobec jednostek i grup defaworyzowanych: ku społecznej jedności*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012.

Mirewska E., *Wolontariat senioralny jako forma przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych* [w:] J. Matejek, E. Zdebska (red.), *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*, Wydawnictwo Iris Studio, Kraków 2013.

Nóżka M., Smagacz-Poziemska M., *Srebrna praca socjalna- adekwatność i potencjał usługi* [w:] M. Nóżka i M. Smagacz-Poziemska (red.), Zeszyty Pracy Socjalnej, t. 18, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badań ROPS, Kraków 2015.

Perek-Białas J., *Urynkowienie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia* [w:] M. Racław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych,* Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.

Racław M. (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.

Rosochacka-Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin* [w:] M. Racław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.

Szarfenberg R. (red.) *Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup-diagnoza standaryzacji usług u modeli instytucji*, Wydawnictwo Wrzos, Warszawa 2011.

Szarota Z., *Kierunki i cele polityki (pro)senioralnej,* [w:] M Dudek, T. Panas J. Krukowski (red.), *Rzeczywistość seniora*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Menedżerskiej im. Prof. Leszka J. Krzyżanowskiego, Warszawa 2014.

Szarota Z., *Recz o udanej starości: wokół wartości służących pomyślnemu starzeniu się* [w:] *(Nie) czekając na starość: wyzwania dla polityki społecznej w obliczu demograficznych przemian:* Małopolski Kongres Polityki Społecznej, 15 i 16 listopada 2012 / pod red. W. Wilimskiej, Wydawnictwo Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej i i Kraków 2012.

Szarota Z., *Starość zależna: opieka i pomoc społeczna: perspektywa gerontologii społecznej,* Z. Szarota (red.), Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM Kraków 2011.

Tobiasz-Adamczyk B., *Wyzwania przed opiekunami rodzinnymi w zmieniającym się społeczeństwie,* Referat wygłoszony na Konferencji Opiekunowie rodzinni osób starszych – jak zbudować skuteczny system wsparcia? Kraków 2015.

Akty prawne

Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej s. 1-2.

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:PL:PDF [Dostęp: 20.03.2015].

Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 Poz. 118.

Uchwała nr 239 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Programu Solidarności Pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+ Poz.115.

Krzysztof Sawiński
Anna Jakrzewska-Sawińska
Anna Maria Majchrzycka

Całościowa Ocena Geriatryczna jako narzędzie do oceny skuteczności programów aktywizujących osoby po 60 roku życia

Zwiększająca się populacja ludzi w podeszłym wieku będzie jednym z największych wyzwań ekonomicznych dla polityki społecznej i zdrowotnej w całej Europie, dlatego coraz więcej uwagi poświęca się sprawności osób w wieku starszym. Wychodząc naprzeciw konsekwencjom starzenia się naszego społeczeństwa, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało i finansowało Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS).

W latach 2013 – 2014 Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" w ramach programu ASOS zrealizowało dwa cykle zajęć trwające po dziewięć miesięcy. Odbywały się one pod nazwą: „Kompleksowy program na rzecz poprawy jakości i poziomu życia osób starszych poprzez działania edukacyjne, sportowo-ruchowe, z naciskiem na rozwój zasobów osobistych i interpersonalnych". Celem tego projektu było podjęcie działań prowadzących do aktywizacji seniorów, poprawy jakości ich życia i funkcjonowania społecznego.

Przedmiotem prowadzonych, w trakcie trwania projektów badań było zastosowanie Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG) odnośnie do skuteczności programów aktywizujących osoby po 60 roku życia. W związku z nim, jako cel badań określono ustalenie związków między przeprowadzanymi badaniami wchodzącymi w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej a skutecznością realizowanych w ramach programu zajęć. Na podstawie uzyskanych wyników określano także indywidualne potrzeby beneficjentów proponowanego zadania. Zastosowano szereg technik badawczych, począwszy od zebrania od pacjenta wywiadu dotyczącego stanu zdrowia, stanu funkcjonalnego oraz sytuacji socjalno-bytowej, po przeprowadzenie i analizę szeregu testów wchodzących w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej. Uczestnikami programu byli mieszkańcy Poznania i okolic, którzy ukończyli 60 rok życia i zostali zakwalifikowaniu do objęcia programem ASOS. W edycji 2013 w zadaniu wzięło udział 61 osób, w 2014 było

ich 71. Badania odbywały się każdorazowo przed przystąpieniem do realizowanych w ramach programu zajęć (ASOS 2013 i ASOS 2014).

Warunkiem uczestniczenia w programie było przejście pozytywnej kwalifikacji w zakresie stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej. Badania wykonane w tym celu, prowadził, pod nadzorem lekarza zespół złożony z pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa/neuropsychologa, pracownika socjalnego i dietetyka.

Należy podkreślić, że Całościowa Ocena Geriatryczna to coraz bardziej doceniane narzędzie pracy stosowane przez lekarzy geriatrów i innych specjalistów pracujących z osobami starszymi. Jej definicja podaje, że jest ona wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym, który służy do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (w tym: medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta w celu oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych oraz ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych[1].

Stosowanie Całościowej Oceny Geriatrycznej jest rekomendowane dla osób w późnej starości, które są zniedołężniałe, niesprawne, bądź których sytuacja życiowa nagle zmieniła się pod wpływem choroby (udar, zawał serca), nagłego pogorszenia się sytuacji finansowej lub śmierci współmałżonka. Na oddziałach geriatrycznych dla wyodrębnienia grup pacjentów, u których procedura ta powinna być wykonana stosuje się skalę Vulnerable Elders Survey (VES-13). Jej wykorzystywanie jest także uznawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako warunek do rozliczania procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej w czasie hospitalizacji na oddziale geriatrycznym (w sytuacji uzyskania przez pacjenta 3 lub więcej punktów). Podkreślić należy, że procedura ta nie jest finansowana w ramach wizyt ambulatoryjnych w poradni geriatrycznej.

W pierwszym roku realizacji programu (ASOS 2013) wykorzystywano następujące elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej: badanie przedmiotowe i podmiotowe oraz lokalizacji i natężenia bólu, wykonywane przez lekarza. U beneficjentów zadania przeprowadzono podstawowe badania laboratoryjne oraz elektrokardiogram (EKG). Ocena fizjoterapeuty obejmowała określenie: ogólnej sprawności fizycznej, wskaźnika masy ciała (Body Mass Index, BMI), analizę bioimpedancji elektrycznej (bioelectrical impedance analysis, BIA). Do zadań fizjoterapeuty należało dodatkowo monitorowanie ciśnienia tętniczego, tętna przed i po wysiłku fizycznym. Ocena psychologiczna następowała po indywidualnej konsultacji i wykonaniu Testu Mini – Mental State Examination (MMSE), który jest kliniczną skalą służącą do badania zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym

1 L. Z. Rubenstein, *An overview of comprehensive geriatric assessment* [w:] L. Z Rubenstein, D. Wieland, R. Bernabei (red.), *Geriatric Assessment Technology. The State of the Art.* Milan, Editrice Kurtis, 1995, s. 1-9.

pacjenta. Po analizie 3-dniowego jadłospisu dietetyk przeprowadzał indywidualną konsultację z każdą osobą uczestniczącą w programie.

Uzyskane wyniki posłużyły do zoptymalizowania opieki nad osobami uczestniczącymi w programie. Z tego względu w kolejnej edycji programu - ASOS 2014 postanowiono zastosować dodatkowe narzędzia Całościowej Oceny Geriatrycznej. U każdego uczestnika wykonano badania EKG, oraz badanie krwi i moczu, a lekarz przeprowadzał badanie przedmiotowe i podmiotowe, lokalizację i nasilenie bólu, a także liczbę zażywanych leków z uwzględnieniem możliwych interakcji. Dodatkowo lekarz przeprowadzał skalę VES-13 (od uzyskanej punktacji nie uzależniano wykonania pozostałych badań Całościowej Oceny Geriatrycznej), Wynik 3 punktów lub powyżej, uzyskało 22,5% osób uczestniczących w zajęciach. W wieku 60-69 były to 4 osoby (11,4%), natomiast w grupie osób powyżej 70 roku – 12 (33,3%).

Każda osoba została oceniona przez fizjoterapeutę w zakresie ogólnej oceny sprawności ruchowej, która pozwalała na dostosowanie ćwiczeń do jej możliwości. Ponadto, przeprowadzano ocenę ryzyka upadków (Tinetti Test, TT) oraz równowagi i chodu (Tinetti Gait and Balance Examination), określano BMI i BIA, monitorowano ciśnienie krwi oraz tętno uczestników przed i po wysiłku.

Testy przeprowadzane przez psychologa miały na celu wczesne wykrywanie chorób otępiennych oraz wdrożenie odpowiedniego treningu funkcji poznawczych. Zastosowano test MMSE, Test Rysowania Zegara (Clock Drawing Test, CDT), który pozwalał na wczesne rozpoznawanie zaburzeń sprawności poznawczej. Szczególnie przydatny wydaje się przy rozpoznawaniu zaburzeń związanych z wczesnym etapem choroby Alzheimera, kiedy ogólna sprawność poznawcza nie osiąga jeszcze poziomu otępienia[2]. Skala Hachińskiego (Hachinski Ischaemic Scale, HIS) została wykorzystana w celu odróżnienia otępienia naczyniowego od choroby Alzheimera. Kolejnym wykorzystanym narzędziem była skala IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, wskaźnik służący do określenia zachowań prozdrowotnych takich jak prawidłowe nawyki żywieniowe, profilaktyka i nastawienie psychiczne. Ponieważ uczestnicy, mimo prezentowania instrukcji, mieli problem z prawidłowym wypełnieniem arkusza odpowiedzi wyniki tego badania okazały się trudne do interpretacji. Dla osób, u których wyniki badań przesiewowych odbiegały od ogólnie uznanych za prawidłowe wykonywano dodatkowe badania w celu przyspieszenia rozpoznania i przekierowania do dalszej diagnostyki oraz leczenia, prowadzonego pod kierunkiem odpowiedniego specjalisty.

---

2 S. Krzymiński, *Test rysowania zegara,* „Postępy Psychiatrii i Neurologii", *1995* nr 4, suplement 1(2), s. 21-30.

Zadaniem dietetyka było przeanalizowanie i zinterpretowanie 3-dniowego jadłospisu uczestnika programu, zawierającego wszystkie spożywane pokarmy oraz przyjmowane płyny. Po ocenie dietetyka uzupełniano go sugestiami zmian w diecie i ogólnym sposobie odżywiania się. Dodatkowo przeprowadzono ocenę stopnia odżywienia według kwestionariusza Mini Nutritional Assessment (MNA), który jest prostym testem przesiewowym, rekomendowanym przez wiele instytucji do oceny ryzyka niedożywienia u osób po 65 roku życia.

Pracownik socjalny na podstawie informacji dotyczących sytuacji mieszkaniowej i socjalnej określił czy uczestnicy programu nie potrzebują wsparcia instytucjonalnego lub nie są zagrożeni wykluczeniem społecznym bądź ubóstwem.

Dodatkowo, do oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie prostych czynności dnia codziennego użyto skali Katza (Activities of Daily Living, ADL), natomiast do czynności złożonych skali Lawtona (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).

Po przeprowadzonych badaniach uczestnikom projektu proponowano szereg zajęć obejmujących: warsztaty rozwoju osobistego z treningiem pamięci prowadzone przez neuropsychologa, naukę języka angielskiego na różnym poziomie zaawansowania, zajęcia komputerowe zróżnicowane w zależności od umiejętności, warsztaty tematyczne m.in. z fotografii, historii sztuki, ogrodnictwa, wizażu, filmu; zajęcia rehabilitacyjne na basenie oraz rehabilitację ruchową na sali gimnastycznej.

Dzięki realizowanym testom i badaniom, wszystkie zajęcia były indywidualnie dostosowane do potrzeb oraz możliwości osób starszych. Zostały one opracowane w taki sposób, by motywować seniorów do ustawicznego uczenia się, wdrażając trening pamięci oraz zajęcia językowe na poziomie dostosowanym do możliwości uczestników.

Wyniki badań i omówienie

Z przeprowadzonej analizy, zmienne jakościowe opisano za pomocą liczebności (n) i częstości (%), zmienne ilościowe opisano za pomocą podstawowych parametrów: średnia arytmetyczna, mediana, minimum i maksimum.

W obu edycjach realizowanego programu większość beneficjentów stanowiły kobiety. W tabeli 1 zaprezentowano procentowy udział kobiet i mężczyzn biorących udział w obu programach; w tabeli 2 wiek uczestników programu z uwzględnieniem dwóch grup wiekowych 60-69 oraz 70 i więcej lat.

Tabela 1. Płeć uczestników programów ASOS 2013 i ASOS 2014

Płeć	ASOS 2013	ASOS 2013	ASOS 2014	ASOS 2014
mężczyźni	8	13,1%	10	14,1%
kobiety	53	86,9%	61	85,9%
Ogół	61		71	

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Wiek uczestników programu ASOS 2013 i ASOS 2014

Wiek	ASOS 2013	ASOS 2013	ASOS 2014	ASOS 2014
60-69	28	45,9%	35	49,3%
70+	33	54,1%	36	50,7%
Ogół	61		71	

Źródło: badania własne.

Wyniki badania przedmiotowego i podmiotowego przeprowadzonego w obu badanych grupach obrazuje Tabela 3.

Tabela 3. Dolegliwości zgłaszane przez uczestników w badaniu przedmiotowym i podmiotowym

Choroba/ Dolegliwość	ASOS 2013			ASOS 2014		
	nie	tak	tak	nie	tak	tak
	n	n	%	n	n	%
Jaskra	50	2	3,8%	65	4	5,8%
Zaćma	39	13	25,0%	47	22	31,9%
Szumy w uszach	37	15	28,8%	46	23	33,3%
Zawroty głowy	37	15	28,8%	42	27	39,1%
Zaburzenia równowagi	41	11	21,2%	49	20	29,0%
Omdlenia	51	1	1,9%	64	5	7,2%
Bezsenność	26	26	**50,0%**	27	42	**60,9%**

Zaburzenia oddychania podczas snu	46	6	11,5%	58	11	15,9%
Zespół niespokojnych nóg	48	4	7,7%	62	7	10,1%
Duszność spoczynkowa	50	2	3,8%	67	2	2,9%
Duszność przy wysiłku	26	26	**50,0%**	45	24	34,8%
Kaszel	37	15	28,8%	46	23	33,3%
Stany zapalne	36	16	30,8%	52	17	24,6%
Nietolerancja wysiłku	20	32	**61,5%**	47	22	31,9%
Zgaga	38	14	26,9%	49	20	29,0%
Wzdęcia	31	21	40,4%	43	26	37,7%
Zaparcia	35	17	32,7%	42	27	39,1%
Nietrzymanie kału	52	0	0,0%	66	3	4,3%
Guzki krwawnicze	38	14	26,9%	39	30	**43,5%**
Nietrzymanie moczu	30	22	42,3%	43	26	37,7%
Trudności w oddawaniu moczu	50	2	3,8%	67	2	2,9%
Częstomocz	43	9	17,3%	57	12	17,4%
Skąpomocz	48	4	7,7%	66	3	4,3%
Podwyższone ciśnienie tętnicze	23	29	**55,8%**	31	38	**55,1%**
Obniżone ciśnienie tętnicze	48	4	7,7%	53	16	23,2%
Obrzęki	34	18	34,6%	50	19	27,5%
Choroby tętnic obwodowych	36	16	30,8%	67	2	2,9%
Żylaki podudzi	26	26	**50,0%**	39	30	**43,5%**
Owrzodzenia podudzi	52	0	0,0%	69	0	0,0%
Niedokrwistość - anemia	51	1	1,9%	65	4	5,8%
Udar mózgu	47	5	9,6%	63	6	8,7%
Choroba Parkinsona	51	1	1,9%	67	2	2,9%
Padaczka	50	2	3,8%	69	0	0,0%
Choroby tarczycy	34	18	34,6%	42	26	38,2%
Astma	49	3	5,8%	62	7	10,1%
POCHP	46	6	11,5%	61	8	11,6%
Gruźlica	49	3	5,8%	64	5	7,2%
Niewydolność serca	44	8	15,4%	57	12	17,4%
Choroba niedokrwienna	31	21	**40,4%**	51	18	26,1%

Choroba wrzodowa	42	10	19,2%	62	7	10,1%
Zaburzenia ze strony pęcherzyka żółciowego	33	19	36,5%	42	27	39,1%
Choroby trzustki	50	2	3,8%	66	3	4,3%
Choroby nerek	47	5	9,6%	65	4	5,8%
Osteoporoza	26	26	**50,0%**	44	24	35,3%
Choroby zwyrodnieniowe stawów	6	46	**88,5%**	20	48	**70,6%**
Uczulenia-alergie	33	19	36,5%	43	26	37,7%

Źródło: badania własne.

Z zebranych podczas badań danych wynika, że osoby uczestniczące w zajęciach najczęściej zgłaszały problemy z nietolerancją wysiłku, dusznością przy wysiłku, bezsennością, podwyższonym ciśnieniem tętniczym, żylakami, nietrzymaniem moczu, wzdęciami i zaparciami oraz zgagą. Wśród chorób zgłaszanych przez beneficjentów zadania dominowały choroby tarczycy, choroba niedokrwienna serca oraz osteoporoza.

Badanie dotyczące lokalizacji bólu (tabela 4) pozwoliło zaobserwować, że najczęstsze dolegliwości bólowe dotyczyły bólu w okolicach stawów i kręgosłupa.

Tabela 4. Lokalizacja bólu u uczestników programów

Choroba	**ASOS 2013**			**ASOS 2014**		
	nie	**tak**	**tak**	**nie**	**tak**	**tak**
	n	**n**	**%**	**n**	**n**	**%**
Ból głowy	39	13	25,0%	42	27	39,1%
Ból w klatce piersiowej	40	12	23,1%	55	14	20,3%
Bóle w jamie brzusznej	43	9	17,3%	58	11	15,9%
Bóle w okolicach stawów	8	44	**84,6%**	27	42	**60,9%**
Bóle kręgosłupa	8	44	**84,6%**	18	51	**73,9%**
Ból - inne	47	5	9,6%	57	12	17,4%

Źródło: badania własne.

U pacjentów objętych badaniami przeprowadzono ocenę wzroku i słuchu; w pierwszej grupie osób (ASOS 2013) wykazano, że problemy ze wzro-

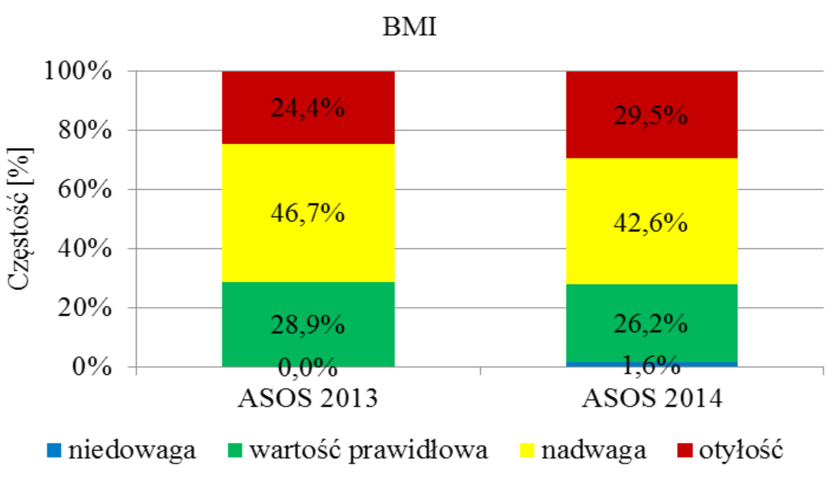
kiem dotyczyły 17,3% uczestników, w drugim roku było ich 11,7%. Osobom tym proponowano konsultację u okulisty. W wielu przypadkach wymiana okularów była wystarczająca do poprawy widzenia. W teście szeptu problemy ze słuchem wykazano u 23,1% (w pierwszej edycji) i u 26,1% osób (w drugiej). Z przeprowadzonych z seniorami rozmów wynikało, że mimo problemów związanych z niedosłuchem i dyskomfortem z tym związanym, nie protezują oni słuchu ze względu na wysokie koszty aparatu.

Ponieważ stan zdrowia jest warunkiem sprzyjającym dobrej kondycji fizycznej i poznawczej proponowano leczenie chorób przewlekłych bądź zachęcano do podejmowania leczenia u odpowiednich specjalistów oraz korzystania z badań profilaktycznych. Po zakończeniu programu uczestnicy otrzymali komplet dokumentów, zawierający interpretację testów i wyniki badań, co dało możliwość ich przedstawienia lekarzowi rodzinnemu. Cześć osób korzystała także z konsultacji w poradni leczenia bólu i poradni geriatrycznej prowadzonych przez WSWOP „Hospicjum Domowe".

Ocena fizjoterapeuty

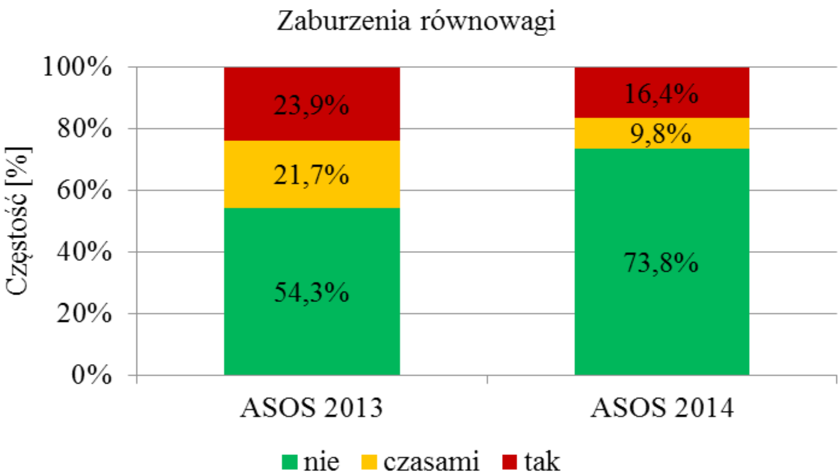
W chwili rozpoczęcia programu w 2013 roku 28,9% osób zgłaszało obniżenie sprawności fizycznej, w roku 2014 odpowiednio 54,1%; w roku 2013 aktywny tryb życia deklarowało 77,5%, w roku 2014 93,2% osób.

Wykres 1. Ocena BMI uczestników programu ASOS w latach 2013 i 2014



Źródło: badania własne.

Wykres 2. Zaburzenia równowagi uczestników programów ASOS z 2013 i 2014 roku



Źródło: badania własne.

W pierwszej edycji programu upadki i urazy zgłaszało 22,2% osób. W drugiej odsetek był nieco niższy i wynosił 16,4%. W roku 2014, w skróconym teście Tinetti, u 4,9% osób badanie wykazało istnienie ryzyka upadków, pozostali badani nie byli na nie w większym stopniu narażeni. Wyniki skali oceny równowagi i chodu (Tinetti Gait and Balance Examination) zilustrowane zostały w tabeli 5. Wynika z nich, że osoby po 70 roku życia mają większe problemy z utrzymaniem równowagi i płynnością chodu niż młodsza grupa badanych.

Tabela 5. Wyniki skali oceny równowagi i chodu wykonanej w programie ASOS 2014

Wiek	**n**	**Średnia**	**Mediana**	**Minimum**	**Maksimum**
60-69 lat	31	27,0	28,0	18,0	28,0
70+ lat	29	25,8	27,0	8,0	28,0
Ogółem	60	26,4	27,0	8,0	28,0
Brak danych					

	n	%		n	%		n	%
60-69 lat	4	11,4	70+ lat	7	19,4	Ogółem	11	15,5

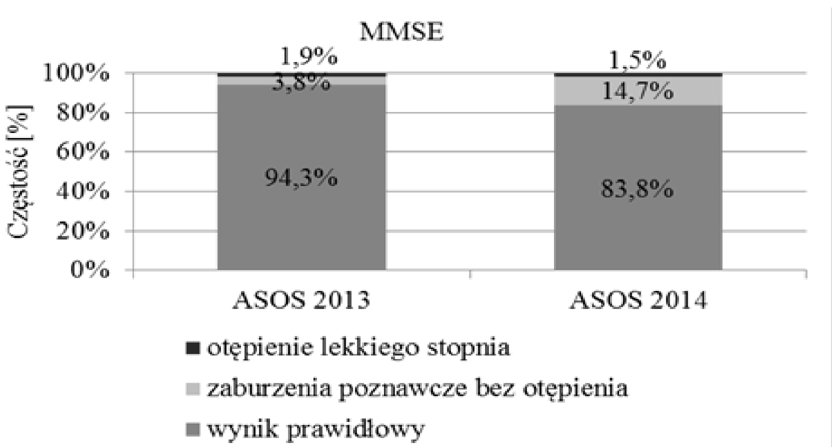
Źródło: badania własne.

Aktywność fizyczna to jeden z czynników, które w sposób bardzo istotny wpływają na zdrowie osoby starszej, dlatego po analizie wyników badań wiele uwagi poświęcono przygotowaniu planu optymalnego treningu. Celem zaproponowanej aktywności było utrzymanie sprawności funkcjonalnej, na którą składa się przede wszystkim: lokomocja, samoobsługa oraz niezależność gospodarcza. Nacisk położono na poprawę wydolności aerobowej, wzmacnianie siły mięśniowej, poprawianie koordynacji ruchowej oraz równowagi. Trafnym pomysłem okazały się także zajęcia na basenie. Podczas zajęć w wodzie można bowiem wykorzystać jej naturalne właściwości takie jak gęstość, opór i wyporność. Środowisko wodne okazało się wyjątkowo przyjazne dla seniorów z nadwagą i otyłością, umożliwiło bowiem wykonywanie ruchów, które w innych warunkach są trudniejsze, a nawet niemożliwe do realizacji[3].

Ocena psychologa

Wyniki przeprowadzonego w obu edycjach programu Testu MMSE przedstawiono na wykresie 1. Najbardziej istotną, z punktu widzenia realizacji badań, informacją, była większa liczba osób z zaburzeniami poznawczymi. Były one sygnałem do wprowadzenia rehabilitacji funkcji poznawczych w szerszym zakresie. W Teście Rysowania Zegara (wyniki w tabeli 6) wraz z wiekiem wzrasta liczba osób, które posiadają cechy zaburzeń poznawczych.

Wykres 1. Wyniki badania Mini Mental State Examination w grupie ASOS 2013 i ASOS 2014



Źródło: badanie własne.

3 K. Pietrusik, *Pływanie: nauczanie i doskonalenie oraz wybrane elementy aqa fitness*, Warszawa 2005, TKKF, s. 103-104.

Tabela 6. Wyniki Testu Rysowania Zegara (TRZ) dla grup ASOS 2013 i ASOS 2014

	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Test Rysowania Zegara	60-69 lat	60-69 lat	70+ lat	70+ lat	Ogółem	Ogółem
norma	29	82,9	30	83,3	59	83,1
poniżej normy	6	17,1	6	16,7	12	16,9
Ogółem	35		36		71	

Źródło: badanie własne.

Wyniki badania Skalą Hachińskiego przedstawiono w tabeli 7. Wynika z nich, że otępienie naczyniowe dotyczyło 3 osób (4,2%) w badanej grupie.

Tabela 7. Wyniki badania grup ASOS 2013 i 2014 Skalą Hachińskiego

Skala Hachińskiego	60-69 lat n	60-69 lat %	70+ lat n	70+ lat %	Ogółem n	Ogółem %
Brak otępienia naczyniowego	34	97,1	34	94,4	68	95,8
Otępienie naczyniowe	1	2,9	2	5,6	3	4,2
Ogółem	35		36		71	

Źródło: badanie własne.

Wszyscy uczestnicy, u których wyniki badań psychologicznych budziły pewne wątpliwości zostali w indywidualnym trybie skierowani na dodatkowe badanie funkcji poznawczych u neuropsychologa. Osoby te były także kierowane do lekarzy specjalistów w celu podjęcia odpowiedniej terapii. Była to grupa osób, która poza programem mogła skorzystać także z indywidualnego treningu pamięci.

Warsztaty rozwoju osobistego prowadzone w pierwszym roku, a trening funkcji poznawczych w kolejnym, okazały się bardzo trafnym oddziaływaniem prewencyjnym i terapeutycznym. Zindywidualizowane programy ćwiczeń poszczególnych funkcji poznawczych były ukierunkowane na wzmacnianie zachowanych funkcji w celu kompensacji obszarów deficytowych.

Aktywność edukacyjna, która była powiązana z nauką języka angielskiego oraz obsługi komputera, dawała seniorom kolejną możliwość

poprawy sprawności intelektualnej, ponadto budowała poczucie bycia młodszym i bardziej sprawnym. „Uczenie", a w konsekwencji nowe umiejętności pozwalały seniorom na bardziej otwartą postawę wobec ludzi i świata oraz poprawiały ich relację z innymi (dzieci, wnuki).

Ponieważ kontakty społeczne mają pozytywny wpływ na aktywność osób starszych, planowano podjęcie prób zachęcania uczestników programu do spotkań nie tylko z rodziną i przyjaciółmi, ale także z osobami poznanymi w czasie zajęć. Okazało się to zbędne. Grupy bardzo szybko zintegrowały się, a seniorzy wspierali się wzajemnie, spędzając ze sobą czas także poza zajęciami.

Ocena dietetyka

Dietetyk przed spotkaniem otrzymał od każdego z uczestników 3-dniowy jadłospis zawierający charakterystykę spożywanych posiłków oraz przyjmowanych płynów. Z oceny tego materiału (tabela 8) wynikało, że żaden z seniorów nie przyjmował właściwej dziennej racji kalorii. Dużej części badanych dotyczyły zaburzenia w podaży białka, tłuszczów oraz węglowodanów. Po ocenie każdy z uczestników otrzymał indywidualne zalecenia dotyczące swojej diety i miał możliwość poznania zasad zdrowego żywienia oraz przedyskutowania popełnianych błędów dietetycznych. Każdego zachęcano do urozmaicania codziennej diety oraz wprowadzania zmian koniecznych dla zdrowia, dodatkowo uczestnicy otrzymali zindywidualizowany wykaz zalecanych produktów oraz przykładowe jadłospisy.

Tabela 8. Spożycie kalorii oraz podaż: białka, tłuszczy i węglowodanów w grupach ASOS 2013 i 2014

	ASOS 2013			ASOS 2014		
	poniżej normy	norma	powyżej normy	poniżej normy	norma	powyżej normy
spożycie kalorii	27,3%	-	72,7%	33,3%	-	66,7%
podaż białka	40%	33,3%	26,7%	36,3%	45,5%	18,2%
podaż tłuszczy	33,3%	33,3%	33,3%	27,3%	45,5%	27,3%
podaż węglowodanów	60%	20%	20%	72,7%	23,3%	-

Źródło: badanie własne.

W drugiej edycji programu (ASOS 2014) przeprowadzono dodatkowo badanie z wykorzystaniem kwestionariusza Oceny Stanu Odżywienia (Mini Nutritional Assesment), który obejmuje ocenę czynników dotyczących sposobu odżywiania się oraz pomiarów BMI, obwodu ramienia i łydki. Wykazano, iż 85,2% osób wykazywało dobry stopień odżywienia, a u 14,8% występowało ryzyko niedożywienia.

Ocena pracownika socjalnego

Badania przeprowadzono opierając się na indywidualnych rozmowach oraz krótką ankietę dotyczącą warunków mieszkaniowych i socjalnych (dotyczyły jedynie drugiej edycji programu).

Tabela 9. Rodzaj mieszkań zajmowanych przez uczestników programu ASOS 2014

Rodzaj mieszkania	60-69 lat	70+ lat	Ogółem	60-69 lat	70+ lat	**Ogółem**
Własnościowe	21	20	41	72,4	69,0	70,7
Lokatorskie	0	2	2	0,0	6,9	3,4
Wynajęte	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Hotel	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Inne	4	4	8	13,8	13,8	13,8
Dom jednorodzinny	4	3	7	13,8	10,3	12,1
Ogółem	29	29	58			
Brak danych	6	7	13	17,1	19,4	18,3

Źródło: badanie własne.

Uczestnicy programu mieli stabilną sytuację mieszkaniową (Tabela 9.). Większość posiadało mieszkania własnościowe (70,7%). W Tabeli 10 widać zróżnicowanie mieszkań pod względem ich metrażu. W tabeli 11 zobrazowano stan wyposażenia mieszkań w przedmioty konieczne do codziennego funkcjonowania.

Tabela 10. Metraż mieszkań zajmowanych przez uczestników programu ASOS 2014

Metraż [m²]								
Wiek	n		Średnia	Mediana		Minimum	Maksimum	
60-69 lat	30		66,5	56,0		31,2	170,0	
70+ lat	27		64,1	50,0		37,0	150,0	
Ogółem	57		65,4	53,0		31,2	170,0	
Brak danych								
	n	%		n	%		n	%
60-69 lat	5	14,3	**70+ lat**	9	25,0	**Ogółem**	14	19,7

Źródło: badanie własne.

Tabela 11. Podstawowe wyposażenie w mieszkaniu osób biorących udział w programie ASOS 2014

Mieszkanie zaopatrzone w:	60-69 lat	70+ lat	Ogółem	**60-69 lat**	**70+ lat**	**Ogółem**
WC	32	30	62	100,0	96,8	98,4
łazienkę	32	28	60	100,0	90,3	95,2
CO	32	30	62	100,0	96,8	98,4
pralka	32	29	61	100,0	93,5	96,8
telefon	31	31	62	96,9	100,0	98,4
radio	28	28	56	87,5	90,3	88,9
TV	29	31	60	90,6	100,0	95,2
Brak danych	3	5	8	8,6	13,9	11,3

Źródło: badanie własne.

Większość seniorów określała swoją sytuację ekonomiczną jako wystarczającą do codziennego funkcjonowania. Należy jednak podkreślić, że wielu seniorów deklarowało, że pomagają im dzieci i wnuki. Największe wydatki dotyczyły: utrzymania mieszkania, zakupu leków i artykułów spożywczych. Osoby samotne określały swoją sytuację materialną gorzej niż ich rówieśnicy zamieszkujący we wspólnym gospodarstwie domowym ze współmałżonkiem lub innymi członkami rodziny.

Z rozmów przeprowadzonych z seniorami wynikało, że po zakończonym programie większość z nich nie będzie miała możliwości uczestnictwa w odpłatnych formach aktywności. Z tego względu informowano

seniorów o możliwościach spędzania czasu aktywnie i bez dodatkowych kosztów, np. wychodząc na spacer z kijkami, ćwicząc na siłowni w parku, czy zwiedzając muzeum w dzień bez opłaty.

Uczestnicy edycji ASOS 2014 wypełnili także dwa dodatkowe testy oceniające sprawność funkcjonalną. Pierwszym z nich była skala Katza (tabela 12) oceniająca możliwości wykonywania i zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych i utrzymywanie higieny wykazała, że większość seniorów osiąga wysoki wynik świadczący o dobrej sprawności w wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności. Skala Lawtona (tabela 13) z kolei oceniała wykonywanie złożonych takich, czynności jak: umiejętność wykorzystania telefonu, robienia zakupów i sporządzania posiłków, wykonywania prac domowych i drobnych napraw oraz gospodarowania budżetem. Uzyskane wyniki skal ADL i IADL pozwalały na właściwe ukierunkowanie działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki pacjentów.

Tabela 12. Wyniki skali Katza (ADL) przeprowadzonej w programie ASOS 2014

Wiek	**n**	**Średnia**	**Mediana**	**Minimum**	**Maksimum**
60-69	35	11,5	12,0	9,0	12,0
70+	33	11,5	12,0	8,5	12,0
Ogółem	68	11,5	12,0	8,5	12,0

Brak danych								
	n	%		n	%		n	%
60-69 lat	0	0	**70+ lat**	3	8,3	**Ogółem**	3	4,2

Źródło: badanie własne.

Tabela 13. Wyniki skali Lawtona (IADL) przeprowadzonej w programie ASOS 2014

Wiek	**n**	Średnia	**Mediana**	**Minimum**	**Maksimum**
60-69 lat	35	26,3	27,0	21,0	27,0
70+ lat	34	26,2	27,0	21,0	27,0
Ogółem	69	26,3	27,0	21,0	27,0

Brak danych								
	n	%		n	%		n	%
60-69 lat	0	0	**70+ lat**	2	5,6	**Ogółem**	2	2,8

Źródło: badanie własne.

Otrzymane wyniki badań pozwalały na określenie sfer życia i funkcjonowania seniorów wymagających wprowadzenia zmian. Program dostosowany był do potrzeb całej grupy osób uczestniczących w zajęciach, a także każdego uczestnika traktował w sposób indywidualny.

W wyniku przeprowadzenia testów wchodzących w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej można było ocenić wyjściowy stan funkcjonowania osób uczestniczących w programie oraz zaobserwować zmiany, jakie zaszły u uczestników po wdrożeniu odpowiedniego rodzaju aktywności. Użycie tego rodzaju metod badawczych dało też podstawę do zastosowania części działań korekcyjnych z podobnym natężeniem w kolejnych latach prowadzenia działań na rzecz seniorów oraz modyfikowania innych tak, by pozwalały na otrzymanie jak najlepszych wyników.

Wnioski

Zaproponowane działania w ramach realizowanego programu w sposób istotny przyczyniły się do:

- Podejmowania przez uczestników dodatkowej aktywności fizycznej i intelektualnej na poziomie zgodnym z ich stanem zdrowia i sprawnością umysłową.
- Zmniejszenia dolegliwości bólowych ze strony układu ruchu oraz zwiększonej tolerancji wysiłku (wynikało to z wdrożenia regularnej rehabilitacji ruchowej oraz zmiany stylu życia na bardziej aktywny i zdrowy).
- Wzrostu aktywności osób starszych oraz zapobiegania ich izolacji i samotności.
- Zwiększenia świadomości uczestników odnośnie do zdrowego odżywiania i zbilansowanej diety.
- Stwierdzono, że wykorzystanie narzędzi Całościowej Oceny Geriatrycznej daje dużą szansę rozpoznawania i złagodzenia skutków problemów, które w normalnych warunkach mogą nie zostać dostrzeżone (problemy związane z nieprawidłowym widzeniem, niedosłuchem, pogarszająca się sprawnością, nietrzymaniem moczu).

Wskazane jest rozpowszechnianie narzędzia Całościowej Oceny Geriatrycznej w celu optymalizowania opieki nad osobami starszymi.

Zakończenie

Stan zdrowia, stan funkcjonalny, kondycja psychiczna i socjalna są czynnikami, które wzajemnie na siebie oddziałują, przyczyniając się często do obniżenia standardu i jakości życia osób starszych. W wielu

przypadkach niedomaganie w jednej lub kilku z tych sfer prowadzi do utraty zdolności samodzielnej egzystencji i wymaga zorganizowanej opieki. Działania profilaktyczne, wdrożone jak najwcześniej, mogą przyczynić się do wydłużenia okresu niezależności.

Przy wprowadzaniu programów profilaktycznych należy jednak pamiętać, że każdy senior ma inne możliwości, potrzeby i oczekiwania. Przygotowując kompleksowe plany opieki dla seniorów, warto pytać ich o zainteresowania, a warsztaty tematyczne dostosowywać właśnie do nich. W ćwiczeniach fizycznych, nauce języka czy zajęciach komputerowych istotne jest wzięcie pod uwagę wieku uczestników, ich stanu zdrowia i sprawności. Ważne wydaje się także zwrócenie uwagi, w jaki sposób seniorzy mogliby korzystać z nabytych umiejętności w życiu. Niezależnie od tego, jaki rodzaj ćwiczeń zaproponuje się osobom starszym, by były skuteczne, powinny być dostosowywane do indywidualnych potrzeb jednostki, co nie wyklucza przeprowadzania ich w małych grupach.

Comprehensive Geriatric Assessment as a tool for assessing the efficacy of activation programmes for people over sixty

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is a multidirectional diagnostic process whose aims are: to set the priorities in elderly patients' medication and rehabilitation, to determine those patients' ability to function independently, and to estimate their health-related, psychological and social needs. WSWOP "Hospicjum Domowe" in Poznan adopted CGA to assess the results of the senior-oriented activation programme. The assessment of physical and intellectual fitness, as well as of the social and emotional condition of programme participants, conducted by a team of specialists, provided the basis for the implementation of new methods of working with seniors and allowed for the optimization of physical and intellectual rehabilitation.

Bibliografia

Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska", 2008 t. 16, nr 3, s. 149-159.

Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R., *Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarskiej,* „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie", Rzeszów 2011, 2, s. 205-211.

Grzanka-Tykwińska A., Kędziora-Kornatowska K., *Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska", 2010 t. 18, nr 1, s. 29-32.

Józefowski P., *Funkcjonalna i psychofizyczna ocena geriatryczna w fizjoterapii,* „Alter Ego Seniora" 1/2013, s. 29-33.

Kaczmarek B., Kuśnierkiewicz M., *Trendy w najnowszych badaniach dotyczących funkcjonowania poznawczego osób starszych oraz profilaktyka zaburzeń neuropsychologicznych u seniorów*, *Wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii,* WSWOP „Hospicjum Domowe", Poznań 2014, s. 162-178.

Kostka T., Kostka J., *Trening zdrowotny osób starszych*, [w:] *Fizjoterapia w geriatrii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 31-34.

Krzymiński S., *Test rysowania zegara,* „Postępy Psychiatrii i Neurologii", 1995;4, suplement 1(2), s. 21-30.

Michel J-P., *Żywienie, starzenie się i długowieczność, Wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii,* wyd. WSWOP „Hospicjum Domowe", Poznań 2014, s. 89-95.

Posłuszna M., *Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych,* „Nowiny Lekarskie" 2012, 81, 1, s. 75-79.

Pietrusik K., *Pływanie: nauczanie i doskonalenie oraz wybrane elementy aqa fitness,* TKKF, Warszawa 2005, s. 103-104.

Wieczorkowska-Tobis K., *Ocena pacjenta starszego*, „Geriatria", 2010 4, s. 247-251.

Zając-Gawlak I., Pośpiech D., *Aktywność fizyczna sposobem na pomyślne starzenie się człowieka*, *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego,* Wyd. ROPS Województwa Śląskiego, Katowice 2014, s. 131-146, http://rops-katowice.pl/ois/dopobrania/2014.12.16_osoby_starsze.pdf [Dostęp: 19.03.2015].

Monika Dorota Adamczyk

Postawy Polaków wobec osób starszych i starości

Wstęp

W ostatnim ćwierćwieczu w Polsce nastąpiło istotne spowolnienie rozwoju demograficznego i odnotowano postępujące zmiany w strukturze wieku polskiego społeczeństwa. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności w Polsce w 2013 roku wynosiła 38 495 659 osób[1], z czego w miastach zamieszkiwało 23 257 909, a na wsi 15 237 750 osób. Przyrost rzeczywisty był ujemny i wyniósł -0,1%[2]. Ogółem w miastach odnotowano ujemny przyrost na poziomie -0,3%, obszary wiejskie zaś w przeciwieństwie do miast charakteryzuje dodatni przyrost na poziomie +0,3%[3]. Proces starzenia się ludności zależy od dwóch zasadniczych czynników. Po pierwsze, jest on skutkiem postępu w medycynie, dzięki któremu następuje wydłużenie trwania życia ludzkiego, a co ważniejsze, wydłuża się okres trwania życia w zdrowiu. Drugim czynnikiem determinującym zmiany w strukturze ludności Polski jest malejący poziom dzietności. W demografii starzenie się ludności oznacza zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci. Istnieje wiele miar i klasyfikacji stopnia zaawansowania starzenia populacji, m.in. struktura ludności w podziale na biologiczne grupy wieku[4], udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem czy mediana wieku ludności. Relacje ilościowe między podstawowymi grupami wieku ludności (0–14 lat – „dzieci", 15–64 lat – „dorośli", 65 lat i więcej – „starsi") pozwalają określić istniejące w społeczeństwie relacje międzypokoleniowe oraz ocenić poziom starości demograficznej. W literaturze jako metrykalny próg starości przyjmuje się wiek 60 lat lub – coraz częściej – 65 lat. W niniejszym opracowaniu przyjęto, że starsi wiekiem to osoby w wieku 60 lat i więcej.

1 GUS, Komunikat dotyczący liczby mieszkańców: http://stat.gov.pl/dla-mediow/komunikaty-prasowe/komunikaty-i-oswiadczenia/wyjasnienie-dotyczace-liczby-mieszkancow-polski,10,1.html lub Eurostat http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00001&plugin=1 [Dostęp: 06.04.2015].

2 GUS, *Rocznik Demograficzny. Stan i struktura ludności*, Warszawa 2014, s. 80-81.

3 GUS, *Rocznik Demograficzny*. *Bilans ludności*, Warszawa 2014.

4 W biologii i medycynie starość określa tę fazę biologicznego rozwoju osobniczego, która następuje po okresie życia ustroju nazywanym wiekiem dojrzałym.

Tabela 1. Stan i struktura ludności według wieku w latach 1989–2013

Lata	1989	2000	2013
Ludność Polski ogółem [tys.]	37 988	38 254,0	38 495,7
w tym osoby w wieku 65 lat i więcej [%]	10	12,3	14,7
w tym osoby w wieku 45–59/64 lat [%]	18	21,0	23,5
w tym osoby w wieku 0–14 lat [%]	25	19,0	14,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS – Tablice: Stan i struktura ludności według wieku. http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html [Dostęp: 15.05.2015].

Cel i metoda

Zmiany w strukturze demograficznej społeczeństwa sprawiają, że osoby starsze stają się grupą społeczną o istotnym znaczeniu dla działań podejmowanych w wielu sferach życia społecznego, politycznego i gospodarczego. Wyzwaniem stojącym nie tylko przed polityką społeczną państwa, ale i przed osobami starszymi będzie jak najbardziej efektywne wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego „srebrnej populacji". Tylko uruchomienie zasobów własnych pozwala seniorom na przeżycie schyłkowej fazy życia w satysfakcjonujący sposób. W kontekście zmniejszającego się udziału rodziny w opiece nad osobami starszymi, przy jednoczesnym wzroście liczby samotnych osób starszych[5], tym ważniejsze wydaje się monitorowanie i analizowanie postaw wobec starości w ogóle. Badania opinii publicznej

5 Kolejną konsekwencją demograficznego starzenia się społeczeństwa polskiego jest singularyzacja starości. W jej wyniku następuje coraz częstsze samotne zamieszkiwanie osób starszych. Koniecznością staje się zatem z jednej strony przygotowanie dla nich odpowiedniego systemu opieki, a z drugiej strony podniesienie poziomu szeroko rozumianej aktywności nie tylko osób powyżej 65 roku życia, ale również osób w wieku produkcyjnym niemobilnym, czyli 45+. Takie przygotowanie populacji dorosłych Polaków pozwoli na efektywniejsze i pełniejsze wykorzystanie potencjału, jakim dysponują te grupy wiekowe. M. Adamczyk, BALL. *The Mapping Project Looking forward to a dynamic Third Age NATIONAL REPORT – Poland*, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Lublin 2014. Według prognoz GUS w 2030 roku ogółem 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 lat i więcej. J. Czapiński, P. Błędowski, *Aktywność społeczna osób starszych w recepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013*, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2014, s. 65-70.

na temat starości i roli osób starszych w zbiorowości są jednym z aspektów diagnozy sytuacji seniorów. Analizy takie są ważne także dlatego, że mogą wpływać na jakość życia ludzi starszych, wyznaczając dostępne dla seniorów obszary aktywności i wskazując bariery niechęci czy stereotypów. Przyjmowane wobec starości postawy często decydują o marginalizacji osób starszych i ich przedwczesnym „samowykluczeniu" z życia społecznego. Można więc mówić o swoistym sprzężeniu zwrotnym. Opinia kształtuje w pewnym zakresie sytuację konkretnych grup, a rzeczywistość, jakiej doświadczają te grupy, może zmieniać „utarte" opinie i sądy, w tym przypadku dotyczące starości. Wspomniane analizy są również istotne z punktu widzenia działań zmierzających do upowszechnienia w Polsce zasad aktywnego starzenia się[6].

Prezentowane wyniki badań wpisują się w nurt przywołanych wyżej analiz. Postawiono m.in. tezę o ukształtowaniu się negatywnych postaw wobec osób starszych, które skutkują „samowykluczaniem się" seniorów z różnych obszarów życia społecznego. W celu weryfikacji przyjętego założenia badawczego poddano analizie m.in. kwestie nastawienia do osób starszych, oceny ich miejsca w społeczeństwie, oczekiwań dotyczących starości i obszarów aktywności, w których mogą się realizować osoby starsze. Analiza prowadzona była na poziomie indywidualnego odbioru starości jako procesu i na poziomie ogólniejszym, społecznego odbioru osób starszych i starości. Wynika to z przyjętego w badaniach założenia, że o miejscu i roli danej grupy w społeczeństwie decydują dwa wymiary życia społecznego: indywidualny i społeczny. Szczególnie interesujący jest sposób, w jaki społeczny obraz starości jest konstruowany w obrębie społeczeństwa konsumpcyjnego, którym staje się społeczeństwo polskie[7]. Badania miały odpowiedzieć m.in. na pytania, czy takie zmienne niezależne jak płeć, wiek współwystępują z określonymi postawami wobec osób starszych i własnej starości. Badanie „Postawy Polaków wobec osób starszych"

---

6 Niski poziom zdolności społeczeństwa polskiego do aktywnego starzenia się potwierdzają wyniki wielu badań. W rankingu ogólnym krajów UE z 2012 roku dotyczącym potencjału osób starszych w obszarze zatrudnienia, życia społecznego, samodzielnej egzystencji oraz możliwości aktywnego starzenia się Polska zajmuje ostatnie, 27 miejsce. Active Ageing Inndex, http://www1.unece.org/stat/platforma/display/AAI/II.+Ranking [Dostęp: 06.05.2015].

7 Procesowi starzenia się społeczeństw oraz postępującej medykalizacji i technicyzacji ludzkiego organizmu towarzyszy wzrost zainteresowania ciałem jako istotnym wymiarem zarówno życia zbiorowego, jak i codziennej egzystencji jednostek, nie wtóruje temu jednak refleksja nad starością jako naturalnym i nieuniknionym etapem w życiu ludzkim. Zob. T. Frąckowiak, M. Kapała, A. Zubik, A. Cieślik, *Konstruowanie obrazu starości i jego implikacje społeczne a perspektywa danych empirycznych*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 312-318; E. Miszczak, *Stereotypowy obraz człowieka starego w Polsce*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 305-311.

przeprowadzone zostało na ogólnopolskiej reprezentatywnej statystycznie próbie Polaków w wieku 15 lat i więcej (N = 1010) na podstawie kwestionariusza zawierającego 14 pytań głównych oraz bloku pytań socjodemograficznych. Przeprowadzenie badania zlecono Instytutowi Millward Brown SMG/KRC w połowie grudnia 2014 roku.

Postawy Polaków wobec osób starszych

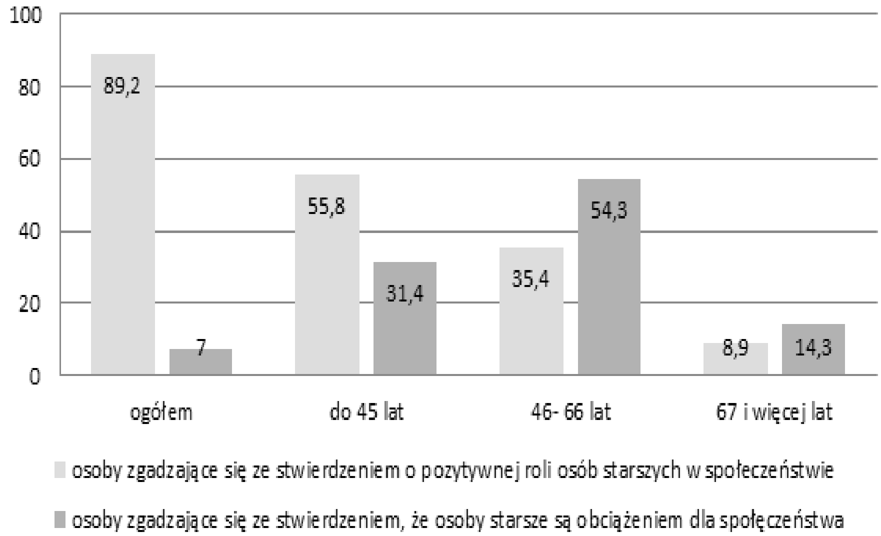
Ogółem 89% Polaków uważa, że osoby starsze pełnią ważną rolę w społeczeństwie. Jedynie 7% badanych postrzega tę grupę wiekową jako obciążenie dla społeczeństwa, a 4% nie ma na ten temat zdania. Znacznie częściej pozytywną opinię na temat roli osób starszych w społeczeństwie wyrażają kobiety (52%) niż mężczyźni (48%). Fakt, że to kobiety częściej niż mężczyźni wskazują na pozytywne skutki wypełniania przez osoby starsze ról społecznych, może wynikać z ich większego zaangażowania w nieodpłatną działalność na rzecz rodziny i środowiska w wieku powyżej 55 roku życia, a więc w okresie poprzedzającym starość i we wczesnej fazie starości. Wolumen czasu, jak i charakter pracy wykonywanej przez kobiety wskazuje na ich większe niż w przypadku mężczyzn zaangażowanie na rzecz rodziny. Jak wynika z raportu GUS *Wolontariat i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym – 2011*, roczne zaangażowanie w pracę niezarobkową mierzone liczbą poświęconych na tę pracę godzin, a nie odsetkiem osób ją wykonujących, wskazuje na wyraźne dysproporcje między kobietami i mężczyznami. Niemal 2/3 wolumenu pracy niezarobkowej wypracowane zostało w 2010 roku przez kobiety. Zdecydowanie bardziej absorbujące czasowo zaangażowanie kobiet widoczne było w ramach pracy niezarobkowej świadczonej indywidualnie (kobiety tworzyły 68% wolumenu tej pracy), w szczególności na rzecz rodziny niezamieszkującej w tym samym gospodarstwie domowym (udział kobiet – 70%)[8].

Przeprowadzone badania nie potwierdziły hipotezy zakładającej, że wraz z wiekiem rośnie przekonanie o pozytywnej roli osób starszych w społeczeństwie. Okazuje się, że najbardziej przychylnie oceniają rolę osób starszych Polacy w wieku do 45 lat, a najmniej pozytywnie w przedziale wiekowym 46–66 lat. Ciekawe, że to właśnie osoby z tego ostatniego przedziału wiekowego najbardziej angażują się w pomoc rodzinie. Jak wynika z analiz GUS prowadzonych pod kątem struktury wolumenu pracy niezarobkowej według wieku osób ją świadczących, widoczne jest wyraźne odchylenie od struktury ludności Polski w wieku 15 lat i więcej. Największy wkład w wolumen całej pracy niezarobkowej miały osoby

8 GUS, *Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym – 2011*, Warszawa 2012, s. 59.

w wieku 45–64 lat – ich zaangażowanie stanowiło ponad połowę całego zmierzonego czasu pracy niezarobkowej[9]. Taki stan rzeczy potwierdza wynikające z przeprowadzonych badań „Postawy Polaków wobec osób starszych" przypuszczenie o zróżnicowaniu w zależności od wieku postrzegania roli osób starszych w społeczeństwie, jednak niezgodnie z postawioną hipotezą.

Wykres 1. Ocena roli osób starszych w społeczeństwie według grup wiekowych [%]



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przyczyn takiego rozkładu odpowiedzi można upatrywać m.in. w tym, że to właśnie osoby po 45 roku życia zaliczane są do ekonomicznej grupy wiekowej określanej jako wiek produkcyjny niemobilny[10], częściej doświadczają przejawów dyskryminacji ze względu na wiek na rynku pracy[11].

9 Tamże, s. 60.

10 Podział na grupy wiekowe stosowany w statystykach publicznych. Wiek przedprodukcyjny – wiek, w którym ludność nie osiągnęła jeszcze zdolności do pracy, tj. grupa wiekowa 0–17 lat. Wiek produkcyjny – wiek zdolności do pracy: dla mężczyzn grupa wieku 18–64 lat, dla kobiet – 18–59 lat. Wiek produkcyjny mobilny – grupa wieku produkcyjnego obejmująca ludność w wieku 18–44 lat. Wiek produkcyjny niemobilny – grupa wieku produkcyjnego obejmująca ludność w wieku: mężczyźni – 45–64 lat, kobiety – 45–59 lat. Wiek poprodukcyjny – wiek, w którym osoby zazwyczaj kończą pracę zawodową, tj. dla mężczyzn – 65 lat i więcej, dla kobiet – 60 lat i więcej. GUS, *Metainformacje*, http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/definicje-pojec/862,pojecie.html [Dostęp: 16.04.2015].

11 W literaturze przedmiotu można znaleźć przykłady badań analizujące podstawowe przejawy dyskryminacji z uwagi na wiek. Zob. ARFP (Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce), *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse,* Raport, Warszawa 2007; Eurobarometr,

Instytucje rynku pracy przyjmują, że osoby w tym przedziale wiekowym nie są już chętne do zmiany miejsca pracy, dokształcania się lub przekwalifikowania w celu zmiany stanowiska. Takie założenie skutkuje mniejszymi inwestycjami (w postaci kursów doszkalających, finansowania studiów) W kapitał ludzki pracowników w wieku 45–66 lat. W sferze zatrudnienia można wskazać następujące przejawy dyskryminacji ze względu na wiek:

– wywieranie nacisku na osoby starsze w celu zmuszenia ich do przejścia na emeryturę;
– niski odsetek zatrudniania osób starszych;
– nieatrakcyjna, niskopłatna i najczęściej tymczasowa oferta zatrudnienia kierowana do osób starszych;
– uniemożliwianie korzystania ze szkoleń zawodowych, w których uczestniczą młodsi pracownicy;
– zwalnianie starszych pracowników w chwili osiągnięcia przez nich wieku emerytalnego[12].

Inną przyczyną uznawania seniorów za obciążenie dla społeczeństwa przez osoby w wieku 46–66 lat może być przejmowanie przez nie sprawowania opieki nad starszymi, niesamodzielnymi i chorymi członkami rodziny. To właśnie osoby z tego przedziału wiekowego najczęściej wykazują ten rodzaj nieodpłatnej pracy świadczonej na rzecz rodziny. Jak wynika z raportu GUS. *Wolontariat w organizacjach i inne nieodpłatne formy pracy niezarobkowej*, zaangażowanie w pracę niezarobkową świadczoną bezpośrednio zadeklarowało 25,9% respondentów, co odpowiadało 8,2 mln osób w wieku 15 lat i więcej. Indywidualna pomoc kierowana była najczęściej do rodziny i znajomych. Osoby deklarujące zaangażowanie w pracę niezarobkową na rzecz członków rodziny niezamieszkujących wspólnie stanowiły 19,3% populacji badania[13]. Czynne uczestniczenie w opiece nad drugą osobą może zmieniać postrzeganie osób starszych – z samodzielnych i decyzyjnych w przeszłości na zależne od opieki innych w wieku starszym.

Wśród zgadzających się ze stwierdzeniem, że osoby starsze są obciążeniem dla społeczeństwa, najwięcej, bo blisko 4%, wskazuje na niesamodzielność i zależność od innych, co potwierdzają dane zaprezentowane na

---

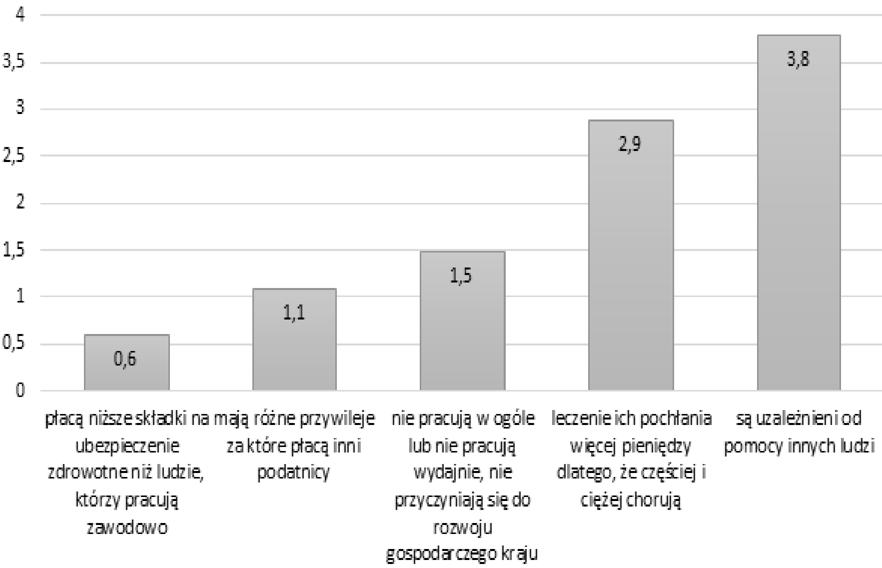
Discrimination in Europe. Executive summary. Komisja Europejska, Bruksela 2003; Eurobarometr, Discrimination in the European Union, Komisja Europejska, Bruksela 2007; M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych,* Akademia Medyczna, Białystok 2004; K. Kędziora, K. Śmieszek, M. Zima, *Równe traktowanie w zatrudnieniu. Przepisy a rzeczywistość,* Raport z monitoringu ogłoszeń o pracę, Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, Warszawa 2009.

12 R. Kijak, Z. Szarota, *Starość między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 96.

13 GUS, *Wolontariat w organizacjach…*, s. 45.

wykresie 1, zgodnie z którymi ocena roli osób starszych w społeczeństwie zmienia się wraz z wiekiem respondentów.

Wykres 2. Powody, dla których osoby starsze są postrzegane jako obciążenie dla społeczeństwa [%]



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analizując rozkład odpowiedzi respondentów, można dojść do wniosku, że postrzeganie osób starszych jako obciążenia dla społeczeństwa jest różnicowane – poza wiekiem – również przez wykształcenie. Osoby z wykształceniem wyższym znacznie rzadziej niż osoby z innym poziomem wykształcenia zgadzały się z tym stwierdzeniem (odpowiednio 20% wykształcenie podstawowe; 28,6% zasadnicze zawodowe; 44,3% średnie i tylko; 7% wykształcenie wyższe).

Należy podkreślić, że prowadzone analizy potwierdziły pozytywne nastawienie Polaków do osób starszych: aż 89% respondentów jest przekonanych, że osoby starsze są potrzebne w społeczeństwie. Jeśli przyjrzeć się powodom, dla których respondenci zgadzają się z tym stwierdzeniem, okaże się, że do najważniejszych zaliczane są: czas, jaki seniorzy przeznaczają dla wnuków, chorych i starych członków rodziny (62,6%), doświadczenie i wiedza, której brakuje ludziom młodszym (62,5%), oraz rola „srebrnego pokolenia" w przekazie wiedzy historycznej i kultywowaniu tradycji (54,3%). Szczególnego znaczenia nabiera w tym kontekście wartość pracy wykonywanej przez dziadków, polegającej na opiece nad wnu-

kami. Jak wynika z danych zawartych w raporcie poświęconym kapitałowi intelektualnemu Polski, w naszym kraju seniorzy przeznaczają na rzecz rodziny najwięcej czasu wśród krajów europejskich[14]. Na taki poziom zaangażowania polskich seniorów na rzecz rodziny z jednej stron mogą wpływać uwarunkowania kulturowe, a więc m.in. trwalsze więzi rodzinne, istnienie rodzin wielopokoleniowych, zwłaszcza w środowiskach wiejskich. Z drugiej strony mogło za tym stać stopniowe wycofywanie się państwa w okresie transformacji z zapewniania opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym i młodszym, co doprowadziło do powstania instytucjonalnej luki, którą w znacznym zakresie wypełniają dziadkowie[15]. Rozszerzają oni i wzbogacają świat dzieci o kilka istotnych elementów, które stanowią o ich znaczącej roli w przekazie wiedzy historycznej i kulturowej. To oni są świadkami historii, bo pamiętają świat z czasów, kiedy rodziców jeszcze nie było. Dysponują wiedzą, kompetencjami społecznymi i doświadczeniem, którymi dzielą się z wnukami. Podtrzymują więzi międzypokoleniowe. Kultywują tradycje rodzinne i patriotyczne. Z racji wieku i przeżytych doświadczeń, a także z powodu braku obciążeń codziennymi obowiązkami zawodowymi mają dystans do wielu spraw i przede wszystkim… mają czas. Wskazując na schyłek życia, umożliwiają dzieciom doświadczanie upływu czasu i konieczność mądrego nim gospodarowania. W realiach nienormowanego lub zadaniowego czasu pracy i wobec nieustannie przyspieszającego tempa współczesnego życia dziadkowie, jeśli się już nie spieszą, są często również wyrozumiali i cierpliwi dla wnuków, a co ważne, ich czas przebywania z dziećmi nie jest przeliczany na złotówki. Pozwala to bardzo wielu rodzinom na pracę zawodową obojga rodziców[16].

Osoby starsze są doceniane przez respondentów także ze względu na inne aspekty społeczne. Ankietowani wskazują na pomoc finansową świadczoną przez seniorów członkom swoich rodzin. W przypadku wsparcia finansowego rodziny należy podkreślić, że obecnie finansowe transfery międzypokoleniowe przyjmują kierunek od osób starszych do młodszych, co oznacza, że znacznie większy odsetek osób starszych – około 30% – przekazuje środki na rzecz rodziny niż otrzymuje wsparcie, średnio 7%[17]. Takie międzypokoleniowe transfery nabierają szczególnego znaczenia na wsi czy – jak wynika z badań przeprowadzonych przez W. Warzywodę-Kruszyńską – w enkla-

---

14 *Raport o kapitale intelektualnym Polski*, Warszawa 2008, s. 125, http://obserwatorium.cmsiko.pl/sites/default/files/2011-07-27-11-06-10.pdf [Dostęp: 15.04.2015].

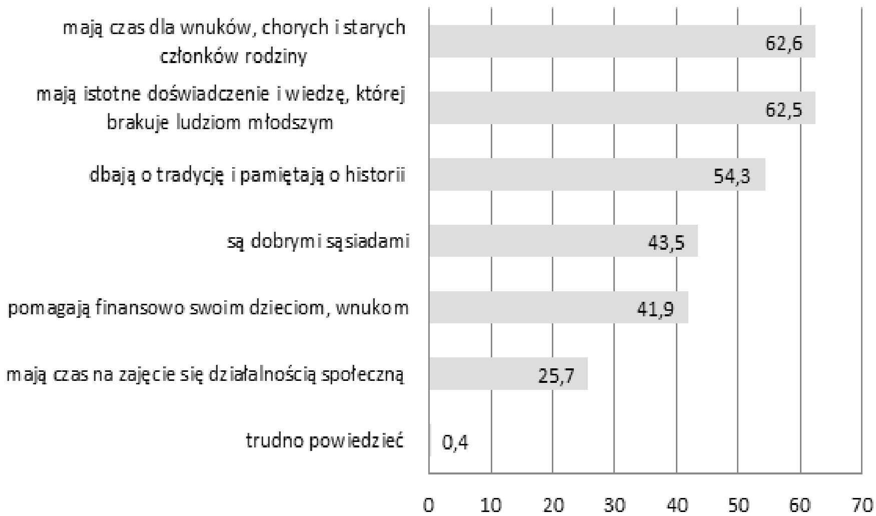
15 R. Bakalarczyk, *Ubóstwo wśród ludzi starszych*, [w:] M. Syska (red.), *Z godnością w jesień życia*, Ośrodek Myśli Społecznej im. Ferdynanda Lassalle'a, Wrocław – Warszawa 2011, s. 14-16.

16 Tamże.

17 G. Kula, *Sytuacja rodzinna*, [w:] G. Bukowska, G. Kula, L. Morawski, *Ryzyko ubóstwa osób starszych*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2011, s. 109.

wach biedy, w których z rent i emerytur seniorów korzystają całe rodziny dotknięte wykluczeniem[18]. 43% respondentów podziela opinię, że społeczeństwo potrzebuje osób starszych, bo są dobrymi sąsiadami i zwracają uwagę na to, co się dzieje w ich otoczeniu (wykres 3).

Wykres 3. Powody, dla których osoby starsze są potrzebne w społeczeństwie [%]

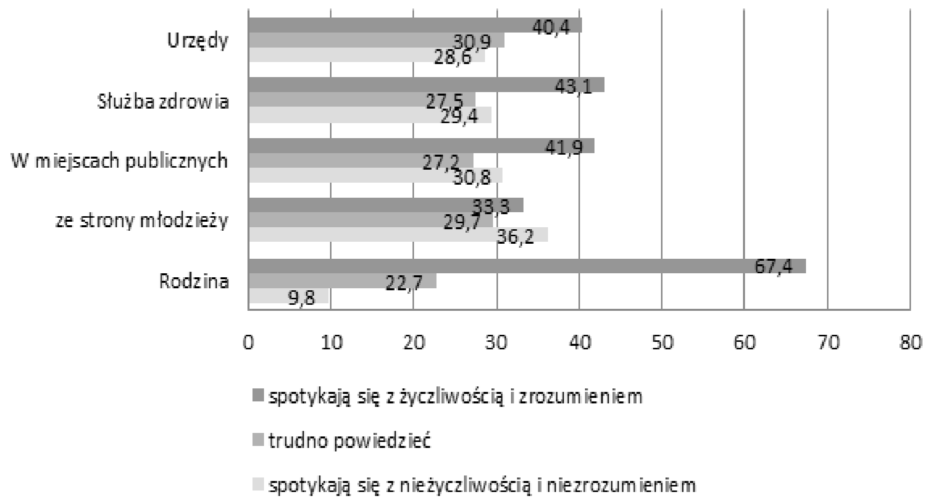


Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W celu pogłębienia wiedzy na temat nastawienia do osób starszych w społeczeństwie polskim zapytano respondentów, czy osoby starsze spotykają się z życzliwością lub jej brakiem w rodzinie i przestrzeni publicznej. 67% badanych uważa, że osoby starsze spotykają się z życzliwością w rodzinie.

18 W. Warzywoda-Kruszyńska, K. Kruszyński, *Dziedziczenie biedy i wykluczenia społecznego w perspektywie lokalnej polityki społecznej*, [w:] *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*, Raport krajowy Polskiej Koalicji Social Watch i Polskiego Komitetu European Anti-Powerty Network, Wydawca Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2010, s. 54.

Wykres 4. Nastawienie do osób starszych w rodzinie i przestrzeni publicznej, [%]



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Z tym stwierdzeniem nieznacznie częściej zgadzają się kobiety niż mężczyźni, odpowiednio 50,6% do 49%. W świetle wyników badań PolSenior 5,9% osób starszych w Polsce doświadczyło jakiejś formy przemocy. Należy zauważyć, że jeśli seniorzy doświadczyli przemocy w formie znieważenia lub lekceważenia, to jej sprawcami były najczęściej członkowie rodziny[19] zamieszkujący wspólnie z osobą starszą[20].

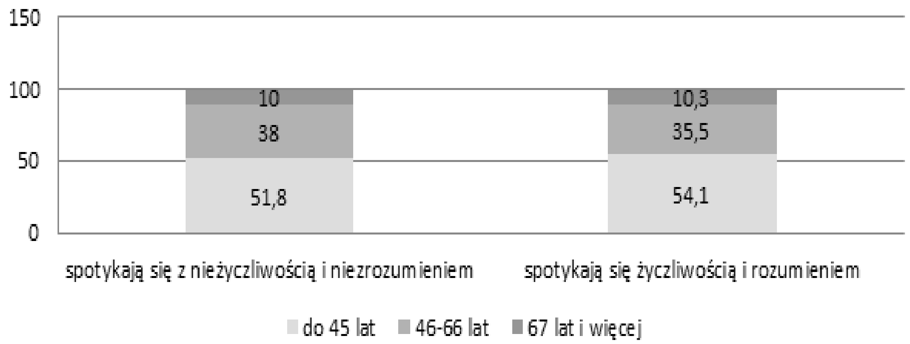
Obserwując rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące życzliwego bądź nieżyczliwego nastawienia do osób starszych w przestrzeni publicznej (w prowadzonym badaniu była ona definiowana jako miejsca publiczne, takie jak środki transportu, sklep, ulica, placówki służby zdrowia, urzędy), stwierdzono, że jest ono pozytywne. 42% respondentów uważa, że osoby starsze spotykają się z życzliwością w miejscach publicznych. 43% jest zdania, że takie nastawienie do osób starszych dominuje w placówkach służ-

19 Sprawcami nadużyć wobec osób starszych w rodzinie są zwykle młodsi – dorosłe dzieci i wnuki pełniące rolę tzw. opiekunów rodzinnych. Często przyczyną generującą przemoc wobec osób starszych jest występowanie u opiekunów następujących problemów: niepełnosprawność fizyczna i psychiczna, uzależnienia, bezrobocie, ubóstwo, zerwane więzi z partnerem życiowym, rysy charakteropatyczne – agresywne, przemocowe zachowanie, odbycie kary więzienia J. Twardowska-Rajewska, *Deficyty opiekuńcze wobec osoby starszej w rodzinie*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie, „Roczniki Socjologii Rodziny" t. XXIII, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2013, s. 174.

20 M. Halicka, J. Halicki, P. Ślusarczyk, *Przemoc w stosunku do osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 506.

by zdrowia, a 40% jest przekonane, że ze zrozumieniem i życzliwością spotykają się osoby starsze w urzędach. Analizując nastawienie do osób starszych w rodzinie według podziału na przyjęte w badaniu trzy grupy wiekowe, zauważono, że w tym przypadku wiek nie jest zmienną różnicującą.

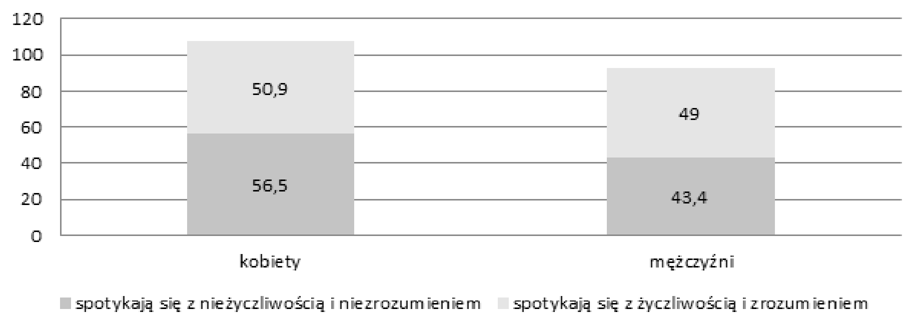
Wykres 5. Nastawienie do osób starszych według grup wiekowych [%]



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W przypadku osób, które uważają, że seniorzy spotykają się z nieżyczliwością w rodzinie, zmienną wyraźnie różnicującą jest płeć. Kobiety częściej niż mężczyźni uważają, że osoby starsze spotykają się z nieżyczliwością – 56,5% do 43,4%.

Wykres 6. Nastawienie do osób starszych w rodzinie według płci [%]



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Aktywność osób starszych

Literatura z zakresu psychologii i gerontologii społecznej prezentuje szereg teorii i koncepcji odnoszących się do procesu starzenia się i adaptacji do zmian

zachodzących w jego wyniku[21]. Koncepcja aktywnej starości, której założenia stanowią główny punkt odniesienia dla przedstawianych tu wyników badań, wpisuje się tylko w niektóre z tych modeli. w teoriach starzenia się ważną rolę odgrywa wybór przez jednostkę priorytetów i rezygnacja z części ról czy działań, natomiast koncepcja aktywnego starzenia się odnosi się do wielu obszarów aktywności: zawodowego, rodzinnego i społecznego[22]. Jednocześnie zagadnienie podejmowania w starszym wieku nowych wyzwań jest ściśle związane z bardzo indywidualną, mającą wymiar psychologiczny postawą wobec życia i starości[23]. „Pozytywne starzenie się" to konstrukcja pojęciowa,

21 Do najczęściej wymienianych w literaturze przedmiotu teorii starzenia zalicza się teorie: wymiany, kontynuacji, selektywną, aktywności, wyłączenia. Teoria wyłączenia zakłada proces stopniowego wycofywania się wraz z wiekiem z dotychczas pełnionych ról. Takie działanie powoduje osłabienie więzi emocjonalnych ze światem zewnętrznym. Proces wycofywania się osób starszych jest funkcjonalny zarówno dla społeczeństwa, jak i jednostki; choć inicjują go osoby starsze, to jest wspierany i podsycany przez konwencje społeczne. Teoria aktywności zakłada postrzeganie siebie przez pryzmat pełnionych ról społecznych. Wraz z postępującym procesem starzenia się role ulegają zmianie. Chcąc zatem utrzymać pozytywny obraz siebie, osoba starsza powinna po utracie jednych ról angażować się w inne. Warunkiem udanej starości jest więc możliwie długotrwała realizacja przez ludzi starszych wszelkich form aktywności. Poza zasięgiem tej teorii znajdują się problemy starzenia się osób, które we wcześniejszych fazach życie nie były aktywne lub które nie mogą być aktywne z przyczyn fizycznych lub psychicznych. Teoria kontynuacji zakłada, że jednostka w trakcie swojego życia rozwija stałe normy i obyczaje, buduje swoją osobowość i wchodząc w starość, zachowuje ukształtowane zdolności adaptacyjne. Ludzie wkraczają w okres starości z przygotowaniem zdobytym w poprzednich fazach życia. Teoria ta głosi, że generalnie możliwości adaptacyjne człowieka są bardzo duże i kolejne etapy życia oznaczają adaptację dokonywaną na własny sposób. Teoria wymiany przyjmuje, że wraz z wiekiem zmniejsza się wartość posiadanych zasobów jednostki – od zdrowotnych po materialne. W relacjach społecznych z innymi osobami skutkuje to ograniczeniem możliwości wymiany i w rezultacie następuje obniżenie poziomu uczestnictwa w życiu społecznym i powolne wycofywanie się z interakcji. Teoria selektywności, optymalizacji i kompensacji zakłada, że dobre starzenie wymaga dokonania przez jednostkę wyboru czynności, na które poświęci swą energię i czas (selekcja), rozwoju nowych umiejętności, które pozwolą na efektywne działanie w nowych warunkach. Zestawienie ujęć teoretycznych na podstawie: S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 2014, s. 71-82; P. Szukalski, *Plany zawodowe i przewidywania odnośnie do wieku przechodzenia na emeryturę*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się,* Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009, s. 198-200; J. Halik, *Starzenie się społeczeństw jako proces demograficzny i społeczny,* [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 17-20.

22 J. Osiecka-Chojnacka, *Społeczne opinie o starości a wdrażanie idei aktywnego starzenia się,* „Studia BAS", 2012, nr 2(30), s. 104.

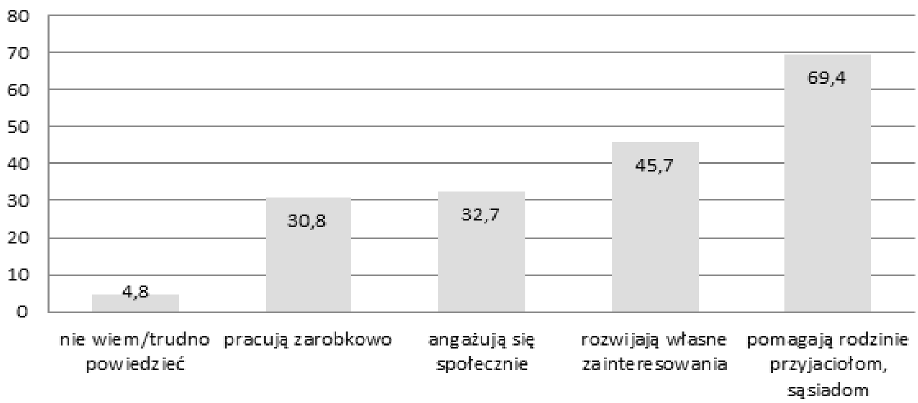
23 Wyróżnia się pięć typów postaw, jakie mogą przyjmować ludzie wobec starzenia się. Postawę konstruktywną charakteryzuje pogodzenie się ze starością i ewentualną śmiercią, zadowolenie z siebie i z kontaktów z innymi, wewnętrzne zintegrowanie oraz optymizm. Postawa zależności cechuje się biernością, zależnością od innych ludzi, odejściem z pracy zawodowej, oczekiwaniem zapewnienia poczucia bezpieczeństwa ze strony domu rodzinnego. Postawa obronna wyróżnia się samowystarczalnością i odrzucaniem pomocy innych, pesymistycznym patrzeniem na starość, które zostaje zamaskowane wzmożoną aktywnością. Postawę wrogości wobec otoczenia konstytuuje agresywność i podejrzliwość wobec innych, niemożność akceptacji własnej

która opisuje człowieka wykorzystującego dostępne zasoby w procesie starzenia. Takie nastawienie i podejmowane pod jego wpływem działania mogą sprawić, że starzenie się będzie dla jednostki wartościowym, budującym doświadczeniem. Według P. Szukalskiego modele starzenia się, które mają prowadzić do pozytywnego starzenia się, odnoszą się do całego życia, a warunkiem aktywnej starości jest według tego autora mniej lub bardziej świadome przygotowanie się do niej, polegające na kultywowaniu w życiu orientacji na przyszłość. W takim ujęciu postawa życiowa prezentowana w starości kształtuje się w dużej mierze na wcześniejszych etapach życia, a starzenie się jest procesem przebiegającym w społeczności w sposób silnie zróżnicowany[24].

Badając postawy wobec seniorów, zadano respondentom pytania dotyczące obszarów aktywności osób będących na emeryturze, m.in. o to, co ich zdaniem, robią osoby starsze po przejściu na emeryturę i co powinny robić.

Respondenci licznie wskazali na te obszary aktywności osób starszych, które związane są z nieodpłatną pracą na rzecz rodziny i/lub osób spoza gospodarstwa domowego (69%). Blisko co drugi badany uważa, że osoby, które przechodzą na emeryturę, rozwijają swoje zainteresowania (45,7%), a 1/3, że angażują się społecznie (wykres 7).

Wykres 7. Postawy wobec aktywności osób starszych – co, zdaniem respondentów, robią osoby starsze po przejściu na emeryturę [%]



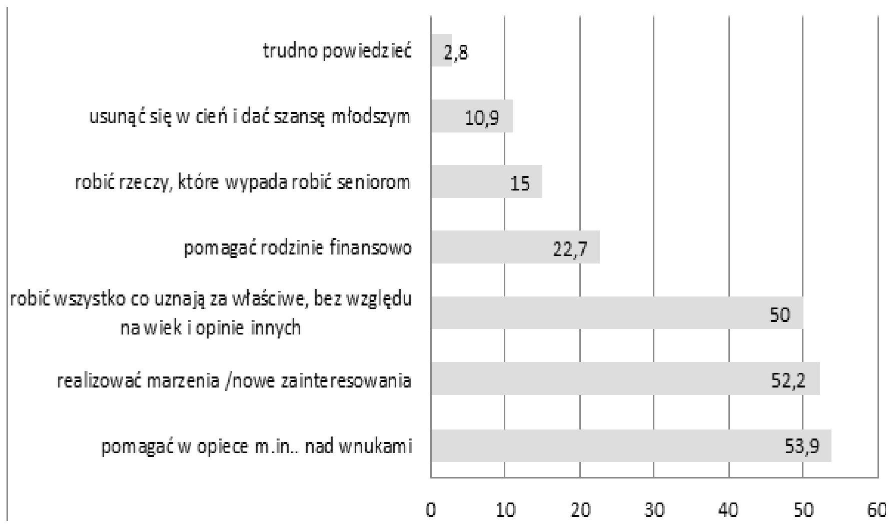
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

starości i nadchodzącej śmierci, zazdrość oraz wrogość wobec młodych ludzi, izolowanie się od otoczenia, samowystarczalność i aktywność (najczęściej zawodowa). Postawa wrogości skierowana na samego siebie objawia się pasywnością, pesymistycznym pogodzeniem się ze starością, traktowaniem śmierci jako wyzwolenia, niezadowoleniem z życia. Tamże, s. 104-105.

24 P. Szukalski, *Plany zawodowe i przewidywania odnośnie do wieku przechodzenia na emeryturę*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009, s. 198-200.

Rozkład odpowiedzi na pytanie o to, co powinny zdaniem respondentów robić osoby starsze po przejściu na emeryturę, pozwala stworzyć swoistą hierarchię zadań. Pierwsze miejsce zajmuje w niej pomoc najbliższym (53,9%). Równie ważne dla respondentów jest realizowanie marzeń (52,2%), jak i postępowanie zgodne z przekonaniami (50%), (wykres 8).

Wykres 8. Postawy wobec aktywności osób starszych – co zdaniem respondentów powinny robić osoby starsze po przejściu na emeryturę [%]



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Taki rozkład odpowiedzi pozwala przypuszczać, że przynajmniej w sferze deklaracji społeczeństwo wspiera postawę „pozytywnego starzenia się". Blisko co czwarty badany uważa, że osoby starsze powinny pomagać finansowo rodzinie (22,7%).

Jak wygląda aktywność osób starszych? Na wstępie należy zauważyć, że aktywność społeczna seniorów rozumiana jako zaangażowanie na rzecz wspólnoty lokalnej, rodziny, najbliższego sąsiedztwa w ramach wolontariatu bądź też w sposób niesformalizowany jest jedną z wielu form ich aktywności. Trzeba jednak pamiętać, że działalność wolontariacka – formalna i nieformalna – czy też filantropia w bardzo istotny sposób przyczyniają się do podniesienia jakości życia. Autorzy badania „Zaangażowanie społeczne Polek i Polaków" wskazują na szereg korzyści, jakie, zdaniem osób zaangażowanych w działania na rzecz innych, daje taka forma aktywności. Są to m.in. korzyści psychologiczne (poczucie bycia potrzebnym innym, przyjemność płynąca z podejmowania tego typu działalności); korzyści wynikające z nawiązywania relacji towarzyskich i społecznych (szacunek i sympatia

innych, możliwość nawiązania kontaktów i bycie w grupie); korzyści bezpośrednie (zdobycie nowych umiejętności, doświadczeń)[25]. Działalność na rzecz innych osób, jak się okazuje, może zmniejszać deficyty w obszarze życia społecznego, szczególnie u osób starszych.

W społeczeństwie polskim istnieją wyraźne różnice w poziomie zaangażowania formalnego (wolontariat formalny) i bezpośredniego (zaangażowanie bezpośrednie oznacza podejmowanie działalności społecznej bez pośrednictwa organizacji). Jak wynika z Raportu GUS „Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym – 2011", udział osób dobrowolnie poświęcających swój czas na pracę niezarobkową w 2010 roku wyniósł 18% w zakresie pracy społecznej w ramach różnych struktur organizacyjnych oraz 45% w odniesieniu do pomagania innym bez pośrednictwa organizacji lub instytucji. Zaangażowanie w wolontariat w organizacjach, grupach lub instytucjach deklarowało 10% badanych, w pracę niezarobkową świadczoną bezpośrednio na rzecz rodziny spoza własnego gospodarstwa domowego, osób znajomych lub nieznajomych, społeczeństwa lub środowiska – 26%. Co ważne, w bezpośrednie pomaganie rodzinie, znajomym, nieznajomym lub środowisku ponadprzeciętnie angażowały się osoby w wieku 45–64 lat (31% z nich, czyli o 14 punktów procentowych więcej niż w populacji ogółem)[26].

Autorzy raportu podkreślają, że zaangażowanie społeczne Polaków, w tym osób starszych, utrzymuje się na niskim poziomie. Blisko co piąty badany (19%) przyznaje, że w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie poświęcił swój wolny czas na dobrowolną i nieodpłatną pracę w jakiejś organizacji pozarządowej (stowarzyszeniu, fundacji), instytucji Kościoła czy innej organizacji[27]. Obszarem ciągle niewykorzystanego potencjału kapitału ludzkiego i społecznego osób starszych jest działalność wolontaryjna tej grupy wiekowej. Dla przykładu, w województwie mazowieckim[28] jedynie co piąta organizacja współpracuje z wolontariuszami

---

25 P. Adamiak, *Zaangażowanie społeczne Polek i Polaków. Wolontariat, Filantropia, 1% i wizerunek organizacji pozarządowych,* Raport z badania 2013, Stowarzyszenie KLON/JAWOR, Warszawa 2014, s. 47-49.

26 GUS, *Wolontariat w organizacjach…,* s. 77-85.

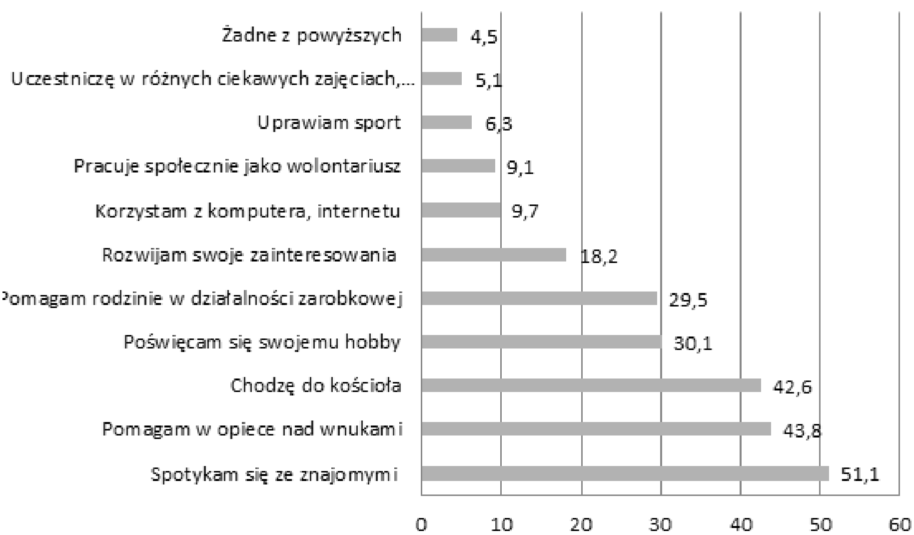
27 Tamże, s. 7-8.

28 Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w 2012 roku w ramach projektu „Aktywni seniorzy – aktywni wolontariusze", dofinansowanego z funduszy Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013, zleciło przeprowadzenie badania „Wolontariat seniorów w województwie mazowieckim". Celem badania było zdiagnozowanie oraz oszacowanie potencjału wolontariatu seniorów w województwie mazowieckim. Pomiar objął dwie grupy: seniorów i korzystające z ich usług organizacje. W przypadku seniorów próba całkowita wyniosła 506 osób, W przypadku organizacji było to 120 instytucji. Badanie odbyło się w dwóch etapach: Desk research + jakościowy pomiar pogłębiony (FGI – focus group interview – seniorzy); etap drugi objął badaniami ilościowymi seniorów i organizacje.

seniorami[29]. Należy pamiętać, że seniorzy przeciętnie 61% swego wolnego czasu spędzają w domu. Ponad ¼ osób starszych (27%) spędza w domu cały swój wolny czas. To oznacza, że przeciętny senior mógłby poświęcić tygodniowo kilka godzin na pracę jako wolontariusz, oczywiście zależnie od stanu zdrowia. Z badań przeprowadzonych przez Stowarzyszenie KLON/JAWOR wynika, że wolontariuszami w Polsce są głównie osoby młode, dobrze wykształcone oraz lepiej zarabiające[30].

W prezentowanych badaniach aktywność osób starszych ogranicza się w dużej mierze do spotkań towarzyskich ze znajomymi i przyjaciółmi (51,1%), pomocy w opiece nad wnukami (43,8%), uczestniczenia w praktykach religijnych (42,6%). Jedynie 9% badanych będących na emeryturze pracuje społecznie (wykres 9).

Wykres 9. Obszary aktywności wskazywane przez respondentów będących na emeryturze [%]



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

29 Innym przykładem ciekawych badań dotyczących wolontariatu, w tym wolontariatu podejmowanego przez osoby starsze, jest badanie „Wolontariat w pomocy społecznej na terenie województwa lubelskiego", które zostało przeprowadzone na przełomie maja i czerwca 2011 roku przez Zespół Obserwatorium Integracji Społecznej w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Lublinie, w ramach projektu systemowego „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji" programu operacyjnego Kapitał Ludzki, priorytet I, działanie 1.2. Badanie miało charakter dwuetapowy i było skierowane do 385 jednostek organizacyjnych pomocy społecznej funkcjonujących na terenie województwa lubelskiego. Ankiety i wyniki badań dostępne są na stronie internetowej ROPS Lublin: www.obserwatorium.rops.lubelskie.pl.

30 P. Adamiak, *Zaangażowanie społeczne Polek i Polaków…*

Jeszcze mniej korzystnie wypada podejmowanie działalności w obszarze samokształcenia i rozwoju własnych zainteresowań. Zmienną wyraźnie różnicującą poziom aktywności podejmowanej przez osoby będące na emeryturze jest płeć. Kobiety znacznie częściej angażują się w różne formy działania niż mężczyźni (szczegółowe dane prezentuje tabela 2).

Tabela 2. Obszary aktywności wskazywane przez respondentów będących na emeryturze według płci [%]

Procentowanie wierszowe	**N =**	**Mężczyźni**	**Kobiety**	**RAZEM**
Pomagam dzieciom lub innym członkom rodziny w działalności zarobkowej, prowadzeniu gospodarstwa rolnego, firmy	*51*	41,2	58,8	100,0
Pomagam w opiece nad wnukami	*77*	35,1	64,9	100,0
Spotykam się ze znajomymi, przyjaciółmi w domu i poza nim	*89*	40,4	59,6	100,0
Poświęcam się swojemu hobby (np. ogródek działkowy, śpiew w chórze, majsterkowanie i inne)	*53*	43,4	56,6	100,0
Rozwijam swoje zainteresowania (np. czytam książki, chodzę do teatru, kina, muzeów, podróżuję, dokształcam się)	*33*	33,3	66,7	100,0
Chodzę do kościoła, uczestniczę w mszach, nabożeństwach	*75*	37,3	62,7	100,0

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Konkluzje

Przeprowadzone badanie pokazało, że nastawienie Polaków do osób starszych jest pozytywne. 89% respondentów uważa, że seniorzy są potrzebni w społeczeństwie. Bardzo wyraźnie zaznaczona jest ważna rola osób starszych w opiece nad wnukami, co wyróżnia polskich seniorów na tle krajów europejskich. Ponad 40% respondentów uważa, że seniorzy spotykają się z życzliwością w przestrzeni publicznej, a ponad 67%, że takie pozytywne nastawienie do osób starszych panuje w rodzinie. Badania pokazały, że istnieją statystyczne różnice pomiędzy nastawieniem do osób starszych a niektórymi cechami społeczno-demograficznymi, takimi jak

płeć czy wiek. W obszarze szeroko rozumianej aktywności badania potwierdziły niski poziom zaangażowania seniorów w działalność społeczną, samokształcenie i rozwijanie swoich zainteresowań. W kontekście pozytywnego nastawienia społecznego do podejmowania przez nich takiej aktywności wyniki mogą sugerować, że „samowykluczanie" się osób starszych z niektórych sfer życia nie wynika z negatywnego nastawienia społecznego do tej grupy osób. Takie przypuszczenie zdaje się potwierdzać również fakt, że wśród respondentów uznających osoby starsze za obciążenie dla społeczeństwa było 14% osób powyżej 67 roku życia. Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę znacznie bardziej pogłębionych badań nad przyczynami „samowykluczania się" osób starszych z życia społecznego, jak również nad zagadnieniem „pozytywnego starzenia się".

Attitudes towards the elderly and old age

The aim of the article is to analyse the attitudes towards the elderly and old age in Polish society. The data come from a survey conducted at the end of 2014, on a sample of 1010 adult Poles aged 15 and more. The results of the survey present an image of society which, in most cases, has a favourable attitude towards the elderly and appreciates their contribution to social life. The survey shows the relationship between some of the independent variables, such as age, gender and education which determine the attitude towards the elderly and the ageing process in general. The results indicate that Polish people rarely think about their ageing, and it is mostly women, rather than men, who give it some thought.

Bibliografia

Active Ageing Inndex, http://www1.unece.org/stat/platforma/display/AAI/II.+Ranking

Adamczyk M., BALL, *The Mapping Project Looking forward to a dynamic Third Age NATIONAL REPORT – Poland*, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Lublin 2014.

Adamiak P., *Zaangażowanie społeczne Polek i Polaków. Wolontariat, Filantropia, 1% i wizerunek organizacji pozarządowych,* Raport z badania 2013, Stowarzyszenie KLON/JAWOR, Warszawa 2014.

ARFP (Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce), *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse,* Raport, Warszawa 2007.

Bakalarczyk R., *Ubóstwo wśród ludzi starszych*, [w:] M. Syska (red.), *Z godnością w jesień życia,* Ośrodek Myśli Społecznej im. Ferdynanda Lassalle'a, Wrocław – Warszawa 2011, s. 7-20.

Czapiński J., Błędowski P., *Aktywność społeczna osób starszych w recepcji Polaków*, Diagnoza społeczna 2013, Warszawa 2014.

Eurobarometr, Discrimination in Europe. Executive summary. Komisja Europejska, Bruksela 2003.

Eurobarometr, Discrimiantion in the European Union, Komisja Europejska, Bruksela 2007.

Eurostat http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00001&plugin=1 [Dostęp: 06.04.2015].

Frąckowiak T., Kapała M., Zubik A., Cieślik A., *Konstruowanie obrazu starości i jego implikacje społeczne a perspektywa danych empirycznych*, [w:] J. Kowalski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 312-318.

GUS, *Komunikat dotyczący liczby mieszkańców:* http://stat.gov.pl/dla-mediow/komunikaty-prasowe/komunikaty-i-oswiadczenia/wyjasnienie-dotyczace-liczby-mieszkancow-polski,10,1.html [Dostęp: 06.04.2015].

GUS, *Rocznik Demograficzny*, *Stan i struktura ludności*, Warszawa 2014.

GUS, *Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym – 2011*, Warszawa 2012.

GUS, Metainformacje, http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/definicje-pojec/862,pojecie.html [Dostęp: 06.04.2015].

Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Akademia Medyczna, Białystok 2004.

Halicka M., Halicki J., Ślusarczyk P., *Przemoc w stosunku do osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 496-509.

Halik J., *Starzenie się społeczeństw jako proces demograficzny i społeczny*, [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 17-20.

Kędziora K.. Śmieszek K., Zima M., *Równe traktowanie w zatrudnieniu. Przepisy a rzeczywistość*, Raport z monitoringu ogłoszeń o pracę, Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, Warszawa 2009.

Kijak R., Szarota Z., *Starość – między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.

Kula G., 2011, *Sytuacja rodzinna,* [w:] G. Bukowska, G. Kula, L. Morawski, *Ryzyko ubóstwa osób starszych*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2011, s. 97-118.

Miszczak E., *Stereotypowy obraz człowieka starego w Polsce*, [w:] J. Kowalski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 305-311.

Osiecka-Chojnacka J., *Społeczne opinie o starości a wdrażanie idei aktywnego starzenia się*, „Studia BAS" 2012 nr 2(30), s. 101-128.

Raport o kapitale intelektualnym Polski, Warszawa 2008, s. 125 http://obserwatorium.cmsiko.pl/sites/default/files/2011-07-27-11-06-10.pdf [Dostęp: 15.04.2015].

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 2014.

Szukalski P., *Plany zawodowe i przewidywania odnośnie do wieku przechodzenia na emeryturę* [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009, s. 198-200.

Twardowska-Rajewska J., *Deficyty opiekuńcze wobec osoby starszej w rodzinie*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie,* „Roczniki Socjologii Rodziny", t. XXIII, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2013, s. 171-185.

Warzywoda-Kruszyńska W., Kruszyński K., *Dziedziczenie biedy i wykluczenia społecznego w perspektywie lokalnej polityki społecznej*, [w:] *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*, Raport krajowy Polskiej Koalicji Social Watch i Polskiego Komitetu European Anti-Powerty Network, Wydawca Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2010, s. 49-56.

Aldona Małyska

Młodzież gimnazjalna wobec osób starszych – komunikat z badań

Gdyby starość mogła być nauczycielką i przyjaciółką młodości, nie byłaby taka gorzka, jak, niestety, wciąż jeszcze zbyt często bywa[1].

Wprowadzenie

Odnotowywany od pewnego już czasu stały wzrost liczby osób w wieku podeszłym[2] rodzi – jak zauważa Olga Czerniawska – swego rodzaju powołanie, a może nawet zobowiązanie społeczne, na które trzeba umieć odpowiedzieć[3]. Przeobrażające się relacje międzypokoleniowe, wszystkich, a zatem zarówno ludzi młodych, jak i seniorów stawiają w obliczu nowych wyzwań. Seniorzy pamiętając czasy swojego dzieciństwa w wielu sytuacjach doznają zaskoczenia, a nawet zakłopotania, gdy okazuje się, że w przypadku współczesnego młodego człowieka siwe włosy nie zawsze i niekoniecznie budzą respekt i szacunek. Od wieków przecież – choć ustosunkowanie wobec starości zmieniało się w czasie[4] – to pokolenie starszych transmitując system najistotniejszych wartości, udzielając przedstawicielom „wstępującego pokolenia" wskazówek odnośnie tego, co i w jaki sposób winno być przedmiotem ich starań, pełniło istotne role społeczne. Aktualność, zwłaszcza ta uwikłana w najnowocześniejsze zdobycze techniki, nowoczesne technologie, przemiany w zakresie gospodarki (choć przecież podstawowe zasady pozostają niezmienne) ale przede wszystkim zupełnie nowe formy komunikowania się, przyniosła ze sobą wiele zmian.

---

1 W. Szewczuk, *Przedmowa do wydania polskiego* [w:] D. B. Bromley, *Psychologia starzenia się,* PWN, Warszawa 1969, s. 7.

2 P. Kubicki, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*, http://www.eapn.org.pl/expert/files/Ub%C3%B3stwo%20i%20wykluczenie%20os%C3%B3b%20starszych.pdf 07.02.2011 [Dostęp: 04.05.2016]; J. Surzykiewicz, *Obrazy starości – oblicza ludzkości: przykład niemieckiej myśli i praktyki,* [w:] *Dialog pokoleń. Studium interdyscyplinarne* (red.), K. Franczak, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 2007, s. 115; G. Nowak-Starz, M. Markowska, B. Zboina, T. Grzywna, *Społeczny obraz starości XXI wieku,* [w:] *Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii*, (red.), B. Zboina, G. Nowak-Starz, Stowarzyszenie „Nowa Edukacja Rozwój" Ostrowiec Świętokrzyski 2009, s. 17 i nast.

3 O. Czerniawska, *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2000, s. 118.

4 E. Magiera, *Relacje między pokoleniami na przestrzeni wieków,* [w:] *Młodość i starość. Integracja pokoleń,* (red.), B. Bugajska, Wyd. Zapol, Szczecin 2010, s. 95 i nast.; S. de Beauvoir, *Starość,* Wyd. Czarna Owca, Warszawa 2011.

Dominującym stał się raczej przekaz o charakterze kofiguratywnym, gdzie wzory podawane są przez rówieśników zyskujących znaczenie, dzięki osiąganym przez nich sukcesom o charakterze przystosowawczym. Przewidywalność epoki postfiguratywnej wydaje się być bezpowrotnie utracona, nie oznacza to jednak, że przekaz jest jednokierunkowy i tym razem płynie od młodych do starych. Transmisje międzygeneracyjne są raczej mieszanką form, a charakterystyczny dla współczesności jest brak bezwzględnej dominacji jednej z nich[5]. Dynamizm oraz różnorodność cechujące prefigurację, stawiają zupełnie inne wymagania reprezentantom wszystkich pokoleń. Nie oznacza to jednak braku wzajemnych odniesień, powiązań, wspólnie tworzonych sensów. Relacje młodych i starych obecnie bardziej niż kiedykolwiek w przeszłości mogą zostać zbudowane na fundamencie przyjaźni, zakładającej jeśli nawet nie symetrię, to na pewno porównywalne zasoby dotyczące interpretacji świata, jego stałości i przemian. Słowem, o ile młodemu łatwiej pojąć zmienność otoczenia, o tyle staremu znacznie łatwiej wyjaśnić jego trwałość. Naiwnością jest szukać w pokoleniu, które dojrzałość swą zdobyło w przeszłości oraz tym, które zdobędzie ją dopiero w przyszłości tożsamych sposobów organizowania rzeczywistości. Jak pisze M. Mead, stary i młody nigdy nie będą ani młodzi, ani też starzy w tym samym czasie[6]. Stąd pomijając szereg uniwersalnych dla wszystkich pokoleń odniesień, należy zaznaczyć, że pomocne dla organizowania wzajemnych relacji „młodych i starych" okazać się mogą właśnie te naturalne i konieczne przecież różnice. Podkreślić wypada, że równoważność nie musi być rozumiana jako jednakowość. Zresztą czyż rozwój nie karmi się różnorodnością? Światu społecznemu potrzebna jest integracja, zarówno ta wewnątrzgeneracyjna, jak i międzypokoleniowa. Każda z nich jest równie ważna, ale każda kładzie nacisk na innego rodzaju działania. W przypadku pierwszej mamy do czynienia z dowartościowaniem odrębności społeczno-kulturowej każdego (a zatem także najstarszego) pokolenia. Druga z nich w równym stopniu jest warunkiem koniecznym podmiotowości społecznej osób starszych. Należy przeto zaznaczyć, że wciąż istnieją takie dziedziny życia, w których to pokolenie dorosłych i tych najbardziej dorosłych może wiele nauczyć dzieci i młodzież[7].

W literaturze przedmiotu często podnoszony jest problem stereotypowego pojmowania starości, ale także nieadekwatności obrazu świata młodych, prezentowanego przez seniorów[8]. Jak to zwykle bywa za sytuację

5 Zob. M. Niezabitowski, *Integracja pokoleń w perspektywie socjologicznej,* [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Wyd. Zapol, Szczecin 2010, s. 37.

6 M. Mead, *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, PWN, Warszawa 2000.

7 M. Niezabitowski, *Integracja pokoleń…*, s. 37.

8 Zob. A. A. *Zych, Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, „Śląsk", Katowice 1999, s. 57 i nast.

taką odpowiedzialny jest brak wiedzy, brak różnorodnych doświadczeń, leniwe bądź indolentne uproszczenia.

Zapewne powrót do dominującego przekazu płynącego jednostronnie od starych do młodych już nikogo dzisiaj specjalnie nie interesuje. Starzy czują się zbyt często zagubieni, niezrozumiani oraz nierozumiejący wobec tych nowych zjawisk, które są współczesną codziennością. Stąd często wycofują się, tłumacząc, że teraz jest czas na młodych, że młodym wszystko przyda się bardziej, ale jednocześnie wiele jeszcze mają do zaoferowania i, co ważne, na wiele spraw mają odmienne spojrzenie. Zresztą zbyt często zarzuca się im nienowoczesność, nierozumienie tych nowych „powszechności". „Samopoczucie najstarszej generacji jest więc coraz gorsze, a sytuacja wielu jej przedstawicieli często nie do pozazdroszczenia. I nie chodzi tylko o zasobność portfeli, choć ta w poważnym stopniu determinuje samopoczucie człowieka i jego sposób funkcjonowania na emeryturze[9]. Chodzi także o pozamaterialną sferę życia, o coraz bardziej zauważalny niedostatek różnych form usług zwanych bytowymi, o stosunek do starszych na co dzień"[10]. W takiej sytuacji, nierzadko słabe już głosy, nie potrafią skutecznie konkurować z głośnym krzykiem młodości. Może to rodzić frustrację, gorzkie i niechętne nastawienie do tych, którzy słuchać nie chcą. A młodzi, czy na pewno nie chcą słuchać? Zaprezentowane w ramach niniejszego opracowania dane zgromadzone podczas sondażu diagnostycznego[11] przeprowadzonego w grupie młodzieży gimnazjalnej[12] jednej z olsztyńskich szkół ujawniły szereg istotnych zagadnień w związku z percepcją starości.

Krótka charakterystyka okresu adolescencji

Opisując stosunek młodzieży gimnazjalnej wobec kwestii takiej, jak natura i wymagania późnej dorosłości, należy zaprezentować choćby krótką charakterystykę tego okresu rozwojowego, w którym znajdują się młodzi badani. Pozwoli to poznawane głosy usytuować na pewnym tle i zrozumieć je w odniesieniu do jego specyfiki, ale także zaznaczyć znaczenie relacji międzypokoleniowych.

---

9 Zob. S. de Beauvoir, *Starość;* I. Klementowska, *Minuty. Reportaże o starości,* PWN, Warszawa 2014.

10 A. A. Zych, *Człowiek wobec starości,* s. 53.

11 Badania ankietowe przeprowadzono w roku szkolnym 2014/2015.

12 Grupa liczyła 132 osoby. Zazwyczaj wchodziły one w relacje z osobami starszymi często (53,8%) i bardzo często (22%). Osób kontaktujących się z seniorami rzadko było (18,9%). Pozostali czyli 5,3%, nie udzielili odpowiedzi w tym zakresie. W badanej grupie przeważały dziewczęta, było ich 76 (57,6%). Chłopców wśród respondentów było 54 (40,9%). Dwie osoby nie określiły swojej płci (1,5%). Badani to chłopcy i dziewczęta w wieku od 12 do 16 lat. Najwięcej respondentów to 13-(37,9%) i 14-latkowie (43,2%). Miejsce zamieszkania badanych to przede wszystkim miasto (76,2%), pozostałych 23,8% osób zamieszkuje tereny wiejskie.

W okresie adolescencji (która rozciąga się od dwunastego do osiemnastego, czy dwudziestego roku życia, zależnie o płci i od jednostki) następuje dojrzewanie biologiczne człowieka, z punktu widzenia psychologicznego ujawniają się w tym czasie cechy bardziej złożone i wyraźne: wzmożony wpływ uczuciowości na sposób postępowania; szybkie rozszerzanie horyzontu myśli poprzez różnorodne zainteresowania; mniej lub bardziej zaznaczoną interioryzację życia umysłowego, dotychczas wyrażającego się w działaniu; przyspieszoną indywidualizację zachowania dzięki zaakcentowaniu różnic zależnych od płci, środowiska i indywidualności aż do tego stopnia, że w okresie adolescencji bardziej dają się zauważyć pewne formy rozwoju niż następstwo stadiów, jak to się dzieje w okresie dzieciństwa. Ujęta z socjologicznego punktu widzenia adolescencja przygotowuje jednostki do „wejścia" do środowiska ludzi dorosłych, dzięki serii działań praktycznych, społecznych i kulturalnych[13]. Przebieg procesu dojrzewania zależy od kontekstu społeczno-ekonomicznego oraz zmienia się wraz ze zmianą czasu kulturowo-historycznego. Adolescencja jest wiekiem transformacji. Jednak, aby ją zrozumieć należy unikać wszelkich generalizacji, nawet w odniesieniu do przedstawicieli jednej kultury, kraju, czy społeczności lokalnej[14]. Natomiast łączy tę grupę młodych ludzi to, że przeżywają oni wątpliwości związane z określeniem swojego miejsca w społeczeństwie. Doświadczają poczucia niepewności, co do własnych praw i zależności od rodziców[15].

Młodzi ludzie poszukują życia o charakterze bardziej osobistym, pragną swobodnie działać w swój indywidualny sposób. Posiadają wzmożone i często przesadne poczucie własnej wartości i zgodnie z nim kształtują swoje postępowanie. Dobrze działać oznacza dla nich jeden ze sposobów umacniania siebie, powiększania się w swych własnych oczach, ta moralność własnego „ja" jest także moralnością uczuciową: opiera się na miłości do tego, co dobre. W wieku dojrzewania człowiek dąży do życia wyższego, bardziej szlachetnego, bardziej bezinteresownego. Jego moralność jest moralnością wartości. Kształtuje się ona wokół pewnych rodzajów postępowania, które w oczach młodych ludzi mają wysoką cenę: poświęcenie, szczerość, litość, czy heroizm. Ale w okresie dojrzewania wartości moralne nie sprowadzają się do zasad, znajdują one swoje wcielenie w konkretnych postaciach, do których młodzi ludzie starają się upodobnić[16]. Podejmowana przez młodych ludzi weryfikacja autorytetów przybliża do osiągnięcia dorosłości, a poddawanie

13 M. Debesse, *Etapy wychowania*, „Żak", Warszawa 1982, s. 112.

14 J. C. Coleman, *Dojrzewanie,* [w:] *Psychologia rozwojowa*, (red.), P. E. Bryant, A. M. Coleman, Wyd. Zysk i Spółka, Poznań 1997, s. 107.

15 Tamże, s. 89.

16 M. Debesse, *Etapy wychowania*, s. 124.

próbie panujących powszechnie przekonań daje możliwość znalezienia odpowiedzi na pytanie, w co warto wierzyć[17].

Podstawą życia moralnego młodych ludzi już nie jest reguła, a jeszcze nie jest nią obowiązek, może wobec tego być nią wymaganie. Młodzi ludzie lubią trudności po to właśnie, by je przezwyciężać. Odczuwają niechęć do przeciętności i kompromisu. Pociąga ich to wszystko, co wymaga wysiłku pełnego pasji. Niepokój, który skłania ich do krytyki własnego postępowania, wola, jaką przejawiają dla opanowania własnych pragnień, poczucie wartości, które pociąga za sobą dumną satysfakcję, kiedy postępują słusznie, są to elementy, na których można opierać się dla umocnienia w nich wymagań moralnych[18].

Jest to czas niezwykle „trudny" zarówno dla samego adolescenta, jak i jego otoczenia. Stare wzorce i schematy, ukształtowane w dzieciństwie, przestają już pełnić swoje funkcje, a nowe jeszcze się nie pojawiły[19]. Podejmowane próby budowania własnej tożsamości wiążą się często z ryzykiem popełniania błędów. Tym bardziej, że proces ten nie odbywa się w izolacji, lecz jest osadzony w kontekście społecznym i kulturowym. Pociąga to za sobą konieczność skonfrontowania się z wzorami i naciskami, płynącymi zarówno od dorosłych, jak i rówieśników oraz z mediów, wskazującymi jaki powinien być przyszły dorosły. Wzorce te są zwykle różnorodne i nierzadko konkurencyjne względem siebie, co zmusza młodego człowieka do dokonywania wyborów pod dużą presją[20]. Stąd wybory te nie zawsze są satysfakcjonujące dla samego adolescenta, ale również dla otoczenia.

Należy wspomnieć, że obok idealizmu okresu dojrzewania, „istnieją zwykłe jego wady: zuchwałość, cynizm, wulgarność, które stanowią na swój sposób wyraz umacniania własnego «ja», a które trudno jest zwalczyć czy zrównoważyć przez odwołanie się do poczucia honoru. Trzeba ponadto uważać, by nie zapomnieć, że w momencie kiedy staje się możliwa moralność osobista, równocześnie staje się także możliwa amoralność, w postaci nacisku instynktów i pragnień, zwłaszcza wtedy, kiedy sprzyjają jej złe warunki środowiskowe"[21]. Stąd, zadaniem dorosłych, jest prezentowanie nastolatkom możliwych rozwiązań różnych sytuacji problemowych, czy konfliktowych, z jednoczesnym zaakcentowaniem tych działań, które nie tylko gwarantują osiągnięcie celu, ale także są społecznie akceptowane i służą bezpiecznemu rozwojowi jednostki. Ponadto, społeczna zgoda na eksplorację, kreatyw-

17 J. C. Coleman, *Dojrzewanie*, s. 105.

18 M. Debesse, *Etapy wychowania*, s. 125.

19 M. Bardziejewska, *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?*, [w:] A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, GWP, Gdańsk 2005, s. 345.

20 Tamże, s. 347.

21 M. Debesse, *Etapy wychowania*, s. 126.

ność, samodzielność młodzieży jest niezwykle cenna i konieczna w szukaniu odpowiedzi na pytanie o to kim jestem i ku czemu zmierzam, a jednocześnie wymusza przewidywanie konsekwencji swoich działań, odpowiedzialności za wybrane rozstrzygnięcia, uwzględnianie zarówno dobra własnego, jak i społecznego, nie tylko na chwilę obecną, ale także w przyszłości[22]. Szczególnie istotny może okazać się tutaj kontakt pomiędzy najstarszym i najmłodszym pokoleniem. Dziadkowie mogą dostarczyć pewnych uniwersalnych wartości, które współczesna kultura gubi gdzieś w pogoni za nowością[23]. Zresztą „babcie i dziadkowie są często wymieniani przez dzieci jako osoby znaczące w ich życiu, co potwierdzałoby dodatkowo pozytywny charakter rodzinnych relacji ludzi starych i ich ważnej roli w życiu całej rodziny, a także w życiu ich wnuków"[24].

Jak wykazują badania CBOS „im młodsi Polacy, tym częściej mają poczucie więzi z dziadkami, tym częściej wskazują na konkretne dobra, jakie im zawdzięczają"[25]. Zresztą w Polsce mamy do czynienia z umacnianiem się roli dziadków w wychowaniu wnuków[26]. Zakładając, że nie stanowią one zastępstwa dla obecności rodziców, a jedynie ją dopełniają, będąc źródłem odmiennych stymulacji, bez wątpienia tendencja ta przynosi korzyści przedstawicielom każdego z pokoleń.

Wydaje się, że przy okazji warto zwrócić uwagę na swego rodzaju podobieństwa w specyficznym „położeniu społecznym" przedstawicieli pokolenia dziadków i wnuków. Niektórzy badacze porównują okres starości z czasem dorastania i rodzącymi się wówczas dylematami. Grupy te (adolescenci i seniorzy) są do siebie podobne również w zakresie dynamiki wielu zmian, dotyczących sfery fizycznej. Zmianom tym, w obu grupach nierzadko towarzyszą bardzo podobne odczucia wstydu, niepokoju, czy drażliwości. Kolejną kwestią jest sfera stosunków społecznych. Obie grupy muszą na nowo ustanowić swoje relacje rodzinne. Nastolatki poszukują autonomii w ramach odniesień wobec osób bliskich i znaczących. Podobnie działają starsi, w których przypadku pogarszający się stan zdrowia wymusza zależność od rodziny. Wreszcie obie grupy muszą zmierzyć się z negatywnymi przekona-

22 B. Ziółkowska, *Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, [w:] A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, GWP, Gdańsk 2005, s. 421-422.

23 J. Janiszewska-Rain, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka…*, s. 617.

24 Z. Kawczyńska-Butrym, *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, „Makmed", Lublin 2008, s. 168.

25 B. Wciórka, *Co zawdzięczamy swoim babciom i dziadkom?*, CBOS, Warszawa – styczeń 2001, s. 7. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_008_01.PDF.

26 Rok 2005 – młodzi Polacy jako obywatele (analiza potencjału i możliwości społeczno-politycznych), Fundacja Instytut III Rzeczypospolitej, Ośrodek Studiów i Analiz Gospodarczych, Gdańsk-Warszawa, wrzesień 2002, s. 44.

niami społecznymi. Młodzi nie są jeszcze traktowani jako pełni członkowie społeczeństwa, starzy jakże często przestają być tak traktowani. Podobne odniesienia występują w zakresie życia erotycznego, choć w przypadku każdej z grup stosuje się odmienne uzasadnienia. Dowodzi, to że w okresie późnej dorosłości raz jeszcze powraca problem statusu tożsamości oraz związanych z nim procesów poznawczych i zobowiązania[27], co czyni obie te grupy podobnymi do siebie bardziej, niż można by przypuszczać.

Kilka słów na temat starzenia się i starości

„Starzenie się to długotrwały, stopniowo rozwijający się proces w wyniku którego powstają w organizmie, obok zmian atroficznych, nowe mechanizmy zapewniające utrzymanie przy życiu jednostki w danych warunkach. Starość jest nieuniknionym etapem w życiu człowieka i ma charakter statyczny, natomiast starzenie się jest procesem, a więc zjawiskiem dynamicznym. Starzenie się jest zatem procesem rozwojowym, jednym ze stadiów życiowych człowieka i nie może być ani cofnięte, ani też odwracalne. Charakterystyczną właściwością normalnego starzenia się jest stopniowe, harmonijne osłabienie funkcji życiowych przy zachowaniu przystosowawczych i kompensacyjnych możliwości organizmu, zapewniających jego fizjologiczną równowagę na nowym poziomie. Można także mówić o starości patologicznej, co jest rezultatem zjawiska chorobowego wpływającego w sposób zakłócający na funkcjonowanie mechanizmów przystosowawczych"[28].

Starzenie się jest przede wszystkim procesem odwrotnym do wzrastania i dojrzewania ustroju. Choć jest to proces uniwersalny, to jednak ma on zindywidualizowany przebieg. Dysfunkcja niektórych narządów, czy układów w okresie starzenia, postępuje u jednych szybciej, u innych natomiast dużo wolniej. Starość nazwana okresem inwolucji jest jednym z okresów w życiu człowieka, przy czym trudno jest precyzyjnie określić, kiedy ona się rozpoczyna. Wszelki podział należy uznać za sztuczny, ponieważ granice zwykle są tutaj nieostre, zaś wiek kalendarzowy często nie odpowiada biologicznemu. Ważne w tym wszystkim jest jednak zauważenie dynamiki zmian, ponieważ procesy starzenia się będą zachodzić w różnym tempie[29]. Wszelkie zmiany rozwojowe, które dokonują się w dorosłości mają nie tylko charakter wielowymiarowy (obejmują sferę biologiczną, psychospołeczną i podmiotową), ale też są zmianami wielokierunkowymi – jedne z nich cechuje progresywność, inne zaś regres, wskutek

27 J. Janiszewska-Rain, *Okres późnej starości,* s. 612-615.

28 J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa-Poznań 1984, s. 24.

29 P. Abramczyk, *Medyczne aspekty starzenia się,* [w:] K. Franczak (red.), *Dialog pokoleń. Studium interdyscyplinarne*, Wyd. Salezjańskie, Warszawa 2007, s. 37-38.

czego powstaje zróżnicowany asynchroniczny oraz wysoce zindywidualizowany obraz procesu starzenia się, i tym samym osobowości człowieka starego. Wielopłaszczyznowość i wielokierunkowość to jedne z najbardziej osobliwych cech rozwoju w dorosłości i późnej dorosłości[30].

W każdym razie stwierdzić można, że „okres starości znamionuje bogactwo przeżyć związanych z aktywnym życiem emocjonalnym zrodzonym z oceny siebie i innych osób w przeszłości. Cechą charakteryzującą wielu ludzi starych, wyróżniającą ich od ludzi młodych, jest m.in. bogactwo wiedzy życiowej, jaką zdobyli w okresie przed- i produkcyjnym oraz utrata tych przymiotów, które pozwalały im na bardziej dynamiczną, zaangażowaną i twórczą pracę. Człowiek w miarę swego starzenia, zwraca się częściej ku przeszłości niż wybiega w przyszłość. Ten zwrot ku przeszłości jest obok przyczyn psychologicznych – uwarunkowany również fizjologicznie, gdyż pamięć, szczególnie świeża, a więc pamięć rzeczy nowych, spraw bieżących, słabnie, podczas, gdy pamięć rzeczy dawnych funkcjonuje jeszcze w pełni"[31]. Starość to także czas zmiany możliwości, z typu zewnętrznego na możliwości bardziej wewnętrzne[32].

Starość jest, jak pisze Olga Czerniawska, „bardzo złożoną i zróżnicowaną fazą życia, nie ma jednej starości. Każdy człowiek starzeje się inaczej zewnętrznie i wewnętrznie, tyje, chudnie, brzydnie, pięknieje, milknie, staje się gadatliwy itp. Zbiera owoce swego życia. Rozwija swoje pasje, choć może odkryć ukryte talenty. Subiektywny obraz starości jest zdumiewający..."[33]. Każdy człowiek przeżyje swoje życie, również starość „po swojemu". Ważne jest natomiast, jak podkreśla Adam Zych, aby nie walczyć ze starością, lecz odpowiednio wcześnie zacząć przygotowywać się do niej[34].

I choć często w uproszczeniu postrzega się starość jako kres aktywności, nadaje jej się znamiona jałowości, traktuje jako balast tak indywidualny, jak i społeczny, to jednak z wszelką mocą należy podkreślić, co stwierdza J. Rembowski, że starość tak jak dzieciństwo, młodość, czy dojrzałość jednocześnie coś człowiekowi zabiera, ale i coś daje. Pewne wartości znikają zwolna, tracąc swoją życiodajną moc (np. płciową), a ich miejsce zajmują inne wartości (np. nowe postawy, aktywność społeczna). Niestety, ludzie starzy często trzymają się kurczowo tych starych wartości i nie dostrzegają nowych możliwości, które się przed nimi pojawiają. Starsza generacja ludzi zdobywa

30 M. Straś-Romanowska, *Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości,* [w:] B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja,* t. 2, Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2000, s. 45-46.

31 J. Rembowski, *Psychologiczne problemy*, s. 100.

32 M. Braun-Gałkowska, *Psychologia domowa*, Wyd. KUL, Lublin 2008, s. 316.

33 O. Czerniawska, *Nowe drogi w andragogice i gerontologii*, Wyd. WSHE, Łódź 2011, s. 44.

34 A. A. Zych, *Człowiek wobec starości,* s. 102; Zob. także: M. Braun-Gałkowska, *Psychologia domowa*, s. 315 i nast.

to, czego tak bardzo brakuje młodym, zdobywa czas potrzebny do zajęcia się nowymi sprawami[35]. Czas w starości oraz w rozważaniach o starości ma wieloaspektowe znaczenie, bo oto w istocie osoby te zyskują w wymiarze dziennym czas wolny, który mogą dowolnie zagospodarować, ale z drugiej strony w wymiarze całożyciowym tego czasu do zaadaptowania mają już coraz mniej. Jak pokażą – zaprezentowane w dalszej części omówienia – wypowiedzi młodych ludzi, swoim dziadkom (zwłaszcza tym, który uzyskali już prawa do emerytury i z niego korzystają) „zazdroszczą" przede wszystkim tego, że mają czas[36].

Seniorzy w opisie gimnazjalistów – wyniki badań

Podejmując badania w grupie gimnazjalistów wyodrębniono problemy badawcze, które wyznaczyły tryb działań empirycznych i sposób analizy danych. Założone kategorie analityczne ujęto w poniższe pytania:

W jaki sposób badana młodzież charakteryzuje osoby starsze? A zatem, czy można w tym opisie zidentyfikować stereotypowy obraz starości?

Jakie jest ustosunkowanie młodych osób wobec seniorów? Czy młodzi ludzie chętnie wchodzą w interakcje z osobami starszymi i jakie podają wówczas uzasadnienia? Jakie formy aktywności uczniowie uznają za najbardziej odpowiednie dla osób starszych?

W jaki sposób gimnazjaliści opisują świat człowieka starego? W jaki sposób opisują świat człowieka młodego? Czy istnieją podobieństwa i różnice w tych opisach?

Czy i w jaki sposób gimnazjaliści przewidują swoją starość? Czy w tym opisie występują odniesienia do starości, którą znają (np. dziadków, sąsiadów)?

Czy zmienne takie jak: częstotliwość kontaktów z osobami starszymi, płeć oraz miejsce zamieszkania różnicują opisy dokonywane przez młodych ludzi?

Zgromadzony materiał empiryczny został zaprezentowany zgodnie z przyjętymi problemami badawczymi.

Jak wspomniano wcześniej, w badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, co podyktowane było postawionym celem badań, tj. poznaniem opinii, poglądów młodych ludzi na temat procesu starzenia się i starości. Ze względu na to, że dla młodych ludzi kategorie te są odległe, tzn. nie mieli oni możliwości bezpośredniego, personalnego partycypowania w nich, przyjęto założenie o możliwości poznania ich ustosunkowania wobec tych pojęć poprzez charakterystykę osób starszych, z którymi mieli oni możli-

35 J. Rembowski, *Psychologiczne problemy*, s. 100.

36 Zob. także: I. Klementowska, *Minuty…*

wość kontaktowania się z różną częstotliwością. Ową częstotliwość spotkań, głębokość wzajemnych relacji przyjęto za zmienną niezależną, różnicującą opinie prezentowane przez badanych. Trzeba zaznaczyć, że ze względu na szerzącą się segregację wiekową to właśnie dzięki dziadkom dzieci doświadczają wszelkich znaczących interakcji społecznych z osobami starszymi[37]. Potwierdzają to rezultaty badań, z których wynika, że opisując ludzi starszych gimnazjaliści mają przed oczyma przede wszystkim swoich babcię i dziadka. Ponadto, wobec tych osób są oni nastawieni przyjaźnie, czego nie można uogólnić na stosunek do wszystkich seniorów.

Na szczególną uwagę zasługuje to, że prawie wszyscy badani młodzi ludzie podkreślali, iż każdy stary człowiek jest, może być inny. Wszystko zależy tutaj od tego, jak wcześniej wyglądało jego życie i jak może jeszcze wyglądać. Poza tym seniorzy różnią się pomiędzy sobą ze względu na fazę starości, młodsi starzy są zazwyczaj bardziej aktywni, bardziej widoczni w przestrzeni publicznej. Niemniej jednak gimnazjaliści typowali pewne przymioty, które bardziej niż inne mogą charakteryzować człowieka w wieku emerytalnym. W tym opisie najczęściej pojawiały się wskazania na: duże doświadczenie życiowe (91,7%), gadatliwość (75,8%), poczucie godności (73,5%), uczciwość (75,8%), odpowiedzialność (69,7%) i mądrość (71,9%) oraz życzliwość (62,2%). Spośród tych przymiotów, jedynie nadmierna rozmowność osób starszych może być uznana za uciążliwą dla otoczenia. Pozostałe z wymienionych były wysoko cenione przez młodych ludzi, a czynią one osoby starsze grupą szczególnie godną zaufania. Warto zauważyć, że stosunkowo wysokie noty w tym opisie osób starszych uzyskały również: zaradność (61,4%), swego rodzaju miłość do świata natury (57,6%), która przejawia się często bezinteresowną opiekuńczością w stosunku do zwierząt i roślin, radość życia wespół z poczuciem humoru (52,2%), otwartość (53%) i cierpliwość (55,3%), siła psychiczna (46,2%) ale także zmęczenie (62,1%), upartość (51,6%) i zapominalstwo (53,8%). O zaradności seniorów młodzi pisali w szczególności w kontekście sytuacji finansowej swoich dziadków, którzy pomimo niskich emerytur, potrafią wesprzeć w tym zakresie swoje dzieci lub wnuki. Pojawiało się tutaj również wskazanie na oszczędność, a dotyczyła ona wydatków na odzież, bądź żywność.

Gimnazjaliści najrzadziej osobom starszym przypisują cechy takie, jak: lenistwo (16,7%), spontaniczność (18,2%), złośliwość (17,4%), siłę fizyczną (14,3%), łatwość przystosowania się do otoczenia (14,3%) oraz skąpstwo (11,3%). Trzeba podkreślić, że stosunkowo rzadko młodzi ludzie dostrzegają u osób starszych: brak tolerancji (26,5%), czy interesowność (25%)[38]. Okazuje się, że młodzieńcza ekspresja częściej spotyka się z zainteresowa-

37 P. Uhlenberg, *Znaczenie osób starszych dla dzieci w starzejących się społeczeństwach,* [w:] B. Bugajska (red.),*Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Wyd. Zapol, Szczecin 2010, s. 22.

38 Chłopcy cechę tę przypisywali seniorom częściej niż dziewczęta (χ^2= 14,110 df = 4 p.< 0,007).

niem i akceptacją ze strony dziadków niż rodziców. Ci ostatni częściej negują nietypowe pomysły młodych. Z drugiej jednak strony przypomnieć można często powtarzaną prawdę, która brzmi już jak slogan: „to rodzice są od wychowywania, dziadkowie zaś od rozpieszczania". Zresztą to spełnianie roli dziadków jest dla starszych osób ważnym elementem w budowaniu poczucia własnej tożsamości, czasami mają tutaj miejsce próby „naprawienia błędów z przeszłości". Dotyczy to tych sytuacji, gdy obecni dziadkowie mają poczucie, że nie do końca sprawdzili się jako rodzice. Jednak stosunek do wnuków bywa niekiedy bardzo złożony, zależy zarówno od cech indywidualnych każdej ze stron, jak i norm kulturowych. Czasami babcia lub dziadek zajmują bardzo ważne miejsce w życiu wnuków, a ich pozycja jest jasno określona i nie podlega kwestionowaniu, czasami są osobami prawie obcymi. Generalnie jednak funkcja dziadków kojarzona jest z pobłażliwością wobec wnuków i ich psuciem oraz mądrością życiową i kształtowaniem świadomości ciągłości pokoleniowej rodu[39].

Niestety, w prezentowanym opisie równie rzadko wskazywano na: aktywność (21,2%)[40], odwagę (18,9%), czy twórczość (25%). Osoby w zaawansowanym już wieku postrzega się raczej jako wycofane z życia społecznego, niezajmujące stanowiska w najbardziej ważkich kwestiach. Ponadto takie, które raczej strzegą ustalonych wcześniej norm i zasad, niż kwestionują je bądź tworzą nowe. Należy podkreślić, że pomiędzy uczestniczącymi w sondażu chłopcami i dziewczętami istniały różnice w zakresie opisu aktywności osób starszych[41]. Chłopcy w równym stopniu skłonni byli dostrzegać aktywność seniorów, co stwierdzać jej brak. Natomiast dziewczęta w większym stopniu skłonne były twierdzić o jej braku. Poza tym żadna z badanych dziewcząt nie przypisała cechy aktywności osobom w podeszłym wieku. Podobną tendencję odnotowano w odniesieniu do cechy „ciekawość świata". Tutaj chłopcy także w większym, niż dziewczęta stopniu dostrzegali przejawy tendencji poznawczej w grupie seniorów[42].

Biorąc pod uwagę zaprezentowane powyżej dane, z których wynika, w jaki sposób gimnazjaliści skłonni są postrzegać seniorów, podjęto kwestię otwartości badanych względem kontaktów z osobami starszymi. W sondowanej grupie 48,5% młodych ludzi chętnie wchodzi w relacje z osobami starszymi. Co piąta osoba (19,7%) zaznacza, że nawet jeśli takie relacje podejmuje, to czyni to niechętnie. Zbliżona liczebnie grupa chłopców i dziewcząt (18,9%) uzależnia to od sytuacji oraz od tego, czy

---

39 J. C. Cavanaugh, *Starzenie się,* [w:] *Psychologia rozwojowa,* (red.), P. E. Bryant, A. M. Coleman, Wyd. Zysk i Spółka, Poznań 1997, s. 131.

40 Zob. też: M. Niezabitowski, *Integracja pokoleń w perspektywie socjologicznej,* [w:] *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, s. 34.

41 χ^2= 11,091df = 4 p.< 0,026.

42 χ^2= 23,126 df = 4 p.< 0,000.

są to osoby im znane, czy też raczej nieznajome. Pewna grupa (12,9%) osób nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie.

Wynika z tego, że blisko połowa badanej młodzieży wskazuje na chętne podejmowanie relacji z osobami starszymi[43]. Warto raz jeszcze zaznaczyć, że młodzi ludzie mieli tutaj na myśli przede wszystkim swoich dziadków i babcie, zaś znacznie rzadziej obce osoby starsze, spotykane np. na ulicy, czy w autobusie. O dziadkach swoich piszą: „po prostu kocham ich", czy „lubię ich towarzystwo", „uspokajają mnie". Znaczenie dziadków w rodzinie jest niebagatelne, trwałość wielu cennych wartości, w tym rodziny, jest zasługą najstarszego pokolenia. Dziadkowie są przekazicielami historii rodziny, co stanowi o ciągłości tożsamości i o świadomości, że rodzina stanowi cenną wartość[44]. Wiele badań potwierdza pozytywny wpływ relacji z dziadkami na dzieci na każdym etapie ich rozwoju. Jednocześnie należy zaznaczyć, że także dla dziadków, wnuki i kontakt z nimi są źródłem pozytywnych emocji[45]. Pożytek z takiego zaangażowanego spotkania jest wobec tego obustronny.

Częstotliwość oraz jakość kontaktów młodzieży z osobami starszymi wyznaczały opis niektórych przypisywanych im cech. Tak było w przypadku: odpowiedzialności[46], mądrości[47], swobody[48], siły psychicznej[49], miłości do świata (ludzi i zwierząt)[50]. Im spotkania były częstsze, tym opinie młodych ludzi na temat seniorów były lepsze. Kolejnym czynnikiem wyznaczającym sympatię wobec osób starszych okazało się być miejsce zamieszkania respondentów[51]. Młodzież miejska częściej podkreślała, że lubi towarzystwo osób starszych (61,9%), natomiast w grupie mieszkańców wsi najczęściej typowano brak sympatii wobec osób starszych (44,4%).

Uzasadnienia sentymentu do osób starszych oraz wyraźnego preferowania spotkań z nimi dotyczyły:

- Wysokiego wartościowania oraz zainteresowania przekazem płynącym od seniorów – „ciekawie opowiadają o swojej młodości", „udzielają dobrych rad", „dużo wiedzą", „można się od nich wiele nauczyć", „są mądrzy", „lubię rozmawiać z dziadkiem o tym jak się kiedyś żyło, jak wy-

43 Należy jednak odnotować, że o ile sympatia wobec osób starszych sygnalizowana była w podobnym procencie wskazań w grupie chłopców (50%) i dziewcząt (59,7%), o tyle jej zdecydowany brak częściej odnotowano w grupie chłopców (35,7%).

44 M. Niezabitowski, *Integracja pokoleń w perspetywie socjologicznej…*, s. 42-43.

45 A. Klatkiewicz, *Integracja pokoleń w aspekcie poczucia dobrostanu społecznego ludzi starszych,* [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość…*, s. 57.

46 χ^2= 23,412 df = 8 p.< 0,003.

47 χ^2= 24,703 df = 8 p.< 0,002.

48 χ^2= 16,220 df = 8 p.< 0,039.

49 χ^2= 20,345 df = 8 p.< 0,009.

50 χ^2= 16,741 df = 8 p.< 0,033.

51 χ^2= 10,034 df = 2 p.< 0,007.

glądało wojsko", „mają ciekawe doświadczenia życiowe", „ich opowieści są ciekawe i uczą historii".

- Cech osób starszych - „posiadają mądrość życiową", „są godni zaufania", „są mili i otwarci", „są życzliwi", „są pogodni", „są ciekawi", „są mądrzy", „są fajni", „są kulturalni", „są pomocni", „są przyjacielscy", „są sympatyczni", „są doświadczeni", „są opiekuńczy", „są otwarci", „mają poczucie humoru", „są zaradni", „są weseli", „są zabawni ale też stanowczy", „potrafią cieszyć się życiem", „są troskliwi", „zwykle są życzliwi wobec młodych ludzi".
- Tworzenia przez osoby starsze przyjaznej atmosfery – „są sympatyczni", „czuję się w ich obecności komfortowo", „nie czuję się z nimi skrępowany", „czuję się z nimi bezpiecznie", „mam w nich wsparcie", „fajnie się z nimi rozmawia", „są bardzo mili", „moja babcia jest bardzo fajna".
- Względów pragmatycznych – „dają mi dużo jedzenia", „mają ciekawe pomysły i mogą nas czegoś o życiu nauczyć", „można się od nich wiele nauczyć", „wspierają mnie finansowo", „zawsze dają mi jakieś słodycze".
- Poczucia własnego znaczenia – „mogę i lubię im pomagać", „można z nimi podyskutować i porównać swój punkt widzenia", „rozumieją mnie", „są to osoby potrzebujące towarzystwa".

Jak podano wcześniej, prawie co piąta uczestnicząca w sondażu osoba stwierdziła, że nie lubi przebywać w obecności ludzi starszych i rozmawiać z nimi. Zestaw pojawiających się tutaj uzasadnień dotyczył następujących aspektów:

- Formy przekazu płynącego od osób starszych ale także odbioru informacji – „bywają nudni", „czasami mówią za dużo", „często trzeba im powtarzać to samo zdanie", „dużo mówią i zadają mnóstwo pytań".
- Treści przekazu płynącego od osób starszych – „uważają swoje czasy za lepsze", „nie wiem o czym z nimi gadać", „nie mamy wspólnych tematów", „rozmawiają o rzeczach, które mnie nie interesują", „ciągle rozmawiają tylko o Kościele".
- Cech reprezentowanych przez seniorów – „czasem są zrzędliwi i mało tolerancyjni", „chcą, żeby wszystko robić tak, jak oni", „mają inne poczucie humoru", „o wszystko się czepiają", „czasami są niemili", „są nerwowi i niesprawiedliwi".
- Stylu bycia osób starszych – „są nie na czasie", „kłócą się i narzekają", „nic nie robią", „plotkują", „są zmęczeni życiem", „brakuje im cierpliwości", „są staroświeccy", „są zaczepialscy", „mają pretensje o wszystko".
- Cech wyglądu fizycznego seniorów – „są zaniedbane w wyglądzie", „słabo dbają o higienę".
- Odczuć pojawiających się u młodzieży pod wpływem kontaktu z osobami starszymi – „czasami czuję się w ich obecności niezręcznie", „czuję się niekomfortowo, boję się, że będą do mnie mówić",

„denerwują mnie", „mam wrażenie, że zaraz umrą", „nie mogę się z nimi dogadać", „nie czuję się w ich obecności swobodnie", „przypominają mi o moich zmarłych dziadkach", „denerwują mnie", „zwyczajnie wolę rówieśników".

Młodzi ludzie opisując funkcjonowanie seniorów, dokonywali wskazania tych form aktywności, które w ich opinii są najbardziej adekwatne dla osób w wieku emerytalnym. W poniższym zestawieniu tabelarycznym (tabela 1) przedstawiono rozkład odpowiedzi udzielanych przez objętych sondażem gimnazjalistów.

Tabela 1. Wskazywane przez młodzież formy aktywności najbardziej odpowiednie dla osób starszych

Lp.	Formy aktywności osób starszych	Odpowiedzi badanych		Ranga
		n	%	
1	Wypoczynek i rekreacja	98	74,2	1
2	Opieka nad wnukami	86	65,2	2
3	Czytelnictwo	84	63,6	3
4	Turystyka	72	54,5	4
5	Uczestnictwo w kulturze	60	45,5	5
6	Sport	50	37,9	6
7	Aktywność społeczna	49	37,1	7
8	Działalność artystyczna	49	37,1	7
9	Praca w domu	47	35,6	8
10	Aktywność religijna	46	34,8	9
11	Nauka	39	29,5	10
12	Wolontariat	33	25	11
13	Praca zawodowa	21	15,9	12
14	Polityka	18	13,6	13
15	Inne	11	8,3	14

**wyniki nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej kategorii*

Źródło: badania własne.

Indagowana młodzież zakłada, że seniorzy powinni przede wszystkim spędzać swój czas odpoczywając i oddając się rekreacji. Z wyjaśnień płynących od respondentów wynika, że chodzi tutaj przede wszystkim o wypoczynek i rekreację na świeżym powietrzu: w ogrodzie albo na działce. Rekreacja, o której mowa przybiera raczej formę statyczną i jest wyraźnie różnicowana w stosunku do sportu, który również wskazywany

jest przez liczną grupę badanych (37,9%). Mieszczą się tutaj także kategorie ćwiczeń rehabilitacyjnych, uwarunkowanych raczej zmianami chorobowymi, niż profilaktyką, a często spotykane w grupie seniorów[52]. Z badań Eurostatu wynika, że pomimo organizowania ogólnounijnych kampanii mających na celu zwiększenie uczestnictwa seniorów w sporcie i aktywności fizycznej, inicjatyw skierowanych konkretnie do starszych pokoleń jest wciąż niewiele[53]. Trzeba jednak podkreślić, że istotne znaczenie mają tutaj także nawyki dotyczące uprawiania sportu wyniesione z wcześniejszych lat życia. Człowiek, który przywykł do określonego rodzaju aktywności, często w wieku emerytalnym podejmuje ją nadal, sam jej poszukuje i organizuje we własnym zakresie.

Kolejne wskazania dotyczą: opieki nad wnukami, turystyki, czytelnictwa i uczestnictwa w kulturze. Należy zwrócić uwagę, że pierwsza z kategorii odnosi się do swego rodzaju misji, czy raczej społecznej, rodzinnej „przydatności" babci albo dziadka. Słowem potwierdza się duże zaangażowanie tych osób w opiece nad wnukami[54]. Młodzież gimnazjalna, która od pewnego już czasu w coraz większym zakresie funkcjonuje samodzielnie, wciąż doskonale pamięta obecność dziadków w procesie opieki nad nimi, czy wychowania. Zapewne wielu spośród nich nadal w takich relacjach funkcjonuje. Przypomnijmy, że dziadkowie i babcie respondentów, są to w przeważającej części osoby stosunkowo młode (najmłodsi mogą mieć 60 lat), bywa że wciąż aktywne zawodowo, bądź przebywające na emeryturze stosunkowo niedługo. Pozostałe wskazania odnoszą się raczej do aktywności samorealizacyjnej, co może wynikać z faktu obserwowania właśnie tego typu działań w przypadku własnych babci, dziadka oraz grona ich znajomych.

Najrzadziej typowane zajęcia osób starszych to: polityka oraz praca zawodowa. Wobec tego wydaje się, że młodzi ludzie w małym stopniu oczekują od seniorów zaangażowania społecznego (w różnych jego wymiarach), co może niestety pociągać za sobą stwierdzenie o marginalizowaniu znaczenia tej grupy. Polityka, jako sfera kreowania rzeczywistości społecznej, podziału władzy, dystrybucji środków i znaczenia, w najmniejszym stopniu przypisywana jest osobom starszym. Słowem, nie dostrzega się w seniorach siły (czy to fizycznej, czy psychicznej) czy wreszcie argumentów, które mogłyby ich aktywność na tym polu uzasadnić. W literaturze odnaleźć można odmienne ustalenia, które odnoszą się wszakże do korzystania przez seniorów z tzw. czynnego prawa wyborczego. Okazuje się, że aktywność osób powyżej 55 roku życia polegająca na głosowaniu podczas

52 Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012, s. 77 http://www.analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/ER2012/final_statystyczny_portret_UE_pl.pdf, [Dostęp: 04.05.2016].

53 Tamże, s. 119.

54 Tamże, s. 111-116.

wyborów do parlamentu europejskiego, a także w wyborach krajowych i lokalnych, jest wyższa niż w grupie osób 18-24 lat[55]. Podobnie jest z pracą zawodową. Te – wydaje się – najbardziej prestiżowe aspekty społecznego życia zarezerwowane zostały dla przedstawicieli średniego pokolenia. Znaczące zaangażowanie dziadków w opiekę nad wnukami, potwierdzać może dużą aktywność zawodową rodziców badanych uczniów.

Pozycje pośrednie zajmują np. aktywność religijna, wolontariat, czy nauka[56]. Formy te choć mają niższą rangę, to jednak podkreślane są przez odpowiednio: co trzeciego albo co czwartego badanego ucznia. A zatem są to wskazania zupełnie częste. Zastanawiający jest fakt stosunkowo rzadszego, niż można się tego spodziewać, podkreślenia znaczenia uczestnictwa seniorów w aktywności religijnej. Być może osoby starsze, które znają młodzi ludzie nie wykazują szczególnie wzmożonego zaangażowania w tę sferę życia. Zazwyczaj przecież w raportach badawczych spotykamy się z ustaleniami wskazującymi na to, że miarą przywiązania do tradycyjnych wartości może być religijność. Poziom religijności jest wówczas określony częstością uczestnictwa w nabożeństwach, uciekaniem się do modlitwy w trudnych sytuacjach życiowych oraz postrzeganiem Boga jako warunku szczęśliwego, udanego życia. Poziom religijności rośnie z wiekiem, ponadto kobiety są bardziej religijne niż mężczyźni, podobnie mieszkańcy wsi w zestawieniu z mieszkańcami miasta. Poza tym w miarę podnoszenia się poziomu wykształcenia wskaźnik religijności spada[57].

Warto zatrzymać się tutaj nad ideą wolontariatu, który uznać można za ważną część aktywności obywatelskiej – wsparcia dla spójności społecznej i włączenia społecznego. Poza tym praca na zasadzie wolontariatu poprawia kondycję umysłową osób starszych oraz – jeśli uczestniczą w niej różne grupy wiekowe – może przyczynić się do wymiany doświadczeń między pokoleniami[58]. Co czwarty badany młody człowiek uznał stosowność zaangażowania seniorów w tej formie aktywności. Jednak ta postać aktywności obywatelskiej nie jest szczególnie popularna wśród osób starszych. W Polsce osoby dojrzałe powyżej 50 roku życia należą do grupy wiekowej najmniej aktywnej na polu społecznym. W 2010 roku zaangażowanie w wolontariat na rzecz organizacji lub grup zadeklarowało 10% Polaków powyżej 55 roku życia. Dla porównania, w grupie osób do 25 roku życia

55 Tamże, s. 139-140.

56 Tamże.

57 J. Czapiński, P. Błędowski, *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013*, Warszawa 2014, s. 54-55 http://www.diagnoza.com/pliki/raporty_tematyczne/Aktywnosc_spoleczna_osob_starszych.pdf [Dostęp: 04.05.2016].

58 Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012, s. 125, http://www.analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/ER2012/final_statystyczny_portret_UE_pl.pdf [Dostęp: 04.05.2016].

odsetek ten był ponaddwukrotnie wyższy. Najwyższy poziom tego typu aktywności wśród osób dojrzałych odnotowuje się wśród mieszkańców krajów skandynawskich (głównie Szwecji) oraz w Holandii. Aktywność wolontariacką podejmuje tam 56% osób powyżej 55 roku życia. Wobec tego rozwój idei wolontariatu w tej grupie wiekowej powinien łączyć się z projektowaniem rozwiązań wspierających budowanie kultury obywatelskiego zaangażowania w ogóle[59].

Natomiast jeżeli chodzi o naukę, to pod uwagę brane są tutaj przede wszystkim zajęcia organizowane w ramach klubów seniora, bądź Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W tego typu działalności chodzi o rozwijanie zainteresowań, pasji, choć nie można wykluczyć także nabywania nowych kompetencji. Trzeba zaznaczyć, że uczestnictwo babci bądź dziadka w tego typu przedsięwzięciach spotka się z uznaniem ze strony badanej młodzieży.

Szczególnie istotnym zagadnieniem wydaje się to, w jaki sposób młodzi ludzie postrzegają „świat człowieka starego", a następnie skonfrontowanie tego obrazu z opisem „świata człowieka młodego" oraz przewidywaniami młodych na temat własnej starości i odczuwanych wówczas potrzeb.

Zdaniem kilkunastolatków biorących udział w badaniach „świat człowieka starego" jest – biorąc pod uwagę najczęściej pojawiające się określenia – przede wszystkim spokojny, monotonny, nudny i samotny. Ponadto, stosunkowo często gimnazjaliści wskazywali, że życie seniorów jest: chorowite, szare, nieciekawe, ograniczone, smutne, zacofane, rutynowe, powolne, ale także piękne, bogate w doświadczenia, fajne, kolorowe oraz wolne.

Z kolei „świat człowieka młodego" jest przede wszystkim: ciekawy, kolorowy, szybki, radosny, dynamiczny, energiczny, fajny, nowoczesny, spontaniczny, twórczy, pełen przygód i możliwości, wesoły, zmienny i zróżnicowany. Ponadto, zupełnie inny niż świat człowieka starego, wypełniony innymi zajęciami oraz innymi wartościami. Natomiast w tym opisie rzadko pojawiały się określenia negatywne. Wśród tych wymienionych znalazły się: chaotyczny, ciężki, męczący, nieprawdziwy, niezrozumiany, okrutny, smutny, straszny, stresujący albo trudny.

Zestawienie charakterystyk sformułowanych przez badane osoby, w związku z opisem świata osób starych i młodych, ujawnia następujące tendencje:

- niektóre przymioty mogą zostać przypisane wyłącznie przedstawicielom jednej z grup,
- niektóre cechy są wspólne – tzn. można je zidentyfikować zarówno w opisie świata starych, jak i młodych ludzi,

59 F. Pazderski, P. Sobiesiak-Penszko, *Wolontariat osób dojrzałych w Polsce. Ekspertyza dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej,* Warszawa, czerwiec 2012, s. 13 i nast. http://www.pozytek.gov.pl/files/pozytek/PO%20FIO/Wolontariat_osob_dojrzalych-ekspertyzawww.pdf [Dostęp: 04.05.2016].

- niektóre kategorie uznać można za uniwersalne, ale formy ich przejawiania się mogą zostać zestawione w przeciwieństwa.

W odniesieniu do kategorii z grupy pierwszej wymienić można: dla świata młodych – aktywność, beztroskę, irracjonalność świata, ale także normalność, okrucieństwo w relacjach międzyludzkich, stres przede wszystkim dotyczący nauki szkolnej, w później aktywności zawodowej również szaleństwo, otwartość, pełnię możliwości, przygód oraz marzeń. Świat taki jest zaskakujący, zwariowany i żywiołowy, wypełniony nowymi technologiami. Z kolei dla świata seniorów wskazywane są: przestarzałość, odpoczynek, odmienność, ale także wyraźne wskazanie tego, że niektóre osoby starsze potrafią tak zorganizować swoje życie, by możliwie jak najbardziej z niego korzystać.

W aspekcie cech wspólnych wskazywane są: bogactwo doświadczeń (przy czym młodzi dopiero je gromadzą, natomiast starzy czerpią z już zgromadzonych, ale także pozyskują nowe); ciekawość owych doświadczeń, cudowność tego życia, czasami pojawiająca się nuda, fajność, barwność otoczenia, bywa także, że łatwość. Życie ludzkie niezależnie od tego, ile człowiek ma lat określane jest także jako: smutne, szare, męczące, miłe, piękne, radosne, szczęśliwe, ograniczone (przyczyny tego ograniczenia są inne w przypadku ucznia – tutaj chodzi przede wszystkim o szkołę, inne zaś w przypadku seniora – np. z powodu złego stanu zdrowia, niepełnosprawności), pełne wrażeń (choć wiadomo, że dla każdej z grup będą one inne, odmienne będą ich źródła, inna interpretacja), trudne (w przypadku młodych chodzi o to, że „niewielu dorosłych ich słucha", a w przypadku osób starszych chodzi o „gorsze zdrowie" oraz ze względu na to, że „wielu nastolatków się z nich naśmiewa"). Istnienie człowieka niezależnie od jego wieku może być także kreatywne, przy czym w przypadku młodych chodzi o przywoływanie nowych jakości, względnie ich adaptowanie, natomiast seniorzy głównie czerpią z posiadanych już doświadczeń, nie wyklucza to jednak inspiracji nowym i zmiany. Byt tych osób bywa także ciężki, w przypadku młodego dlatego, że zwłaszcza w wymiarze ekonomicznym zależy od dorosłego, staremu ze względu na coraz słabsze zdrowie potrzeba pomocy w coraz większym zakresie codziennych czynności. Obie te grupy równie często doświadczają braku zrozumienia, co zamknąć można w stwierdzeniu: „młodego jeszcze niewielu chce słuchać, starego już niewielu słucha".

Trzecia grupa cech odnosi się do braku możliwości porównywania ze sobą życia młodych i starszych reprezentantów społeczeństwa, co oznacza, że ich światy, choć współistnieją, to jednak każdy z nich podlega odmiennym prawidłowościom. Badani zaznaczają, że tym, co w stopniu zasadniczym odróżnia ich od seniorów jest wyznawany system wartości, a raczej gradacja poszczególnych wartości. Inna w przypadku osób dopiero rozpoczynających życie oraz tych, które większość swojej biografii mają już za

sobą. Pozostałe wskazania dotyczą kategorii takich jak: czas (w przypadku młodego wciąż go brakuje oraz płynie on zbyt szybko, zaś u starego jest go nadmiar i płynie powoli); porządek świata (świat młodego jest chaotyczny, ale także ciekawy, starego poukładany i nieciekawy); doświadczenie (młodemu wciąż go brakuje, stary ma doświadczenia już ugruntowane); codzienności (w przypadku młodego zróżnicowanej, urozmaiconej i zaskakującej – u starego człowieka monotonnej, oczywistej i przewidywalnej); fizyczności (u młodych niezależnej, u starych zależnej i często niepełnosprawnej); stosowanych rozwiązań (u młodych zwykle nowoczesnych, u starych przestarzałych); stylu bycia (u młodych jest on towarzyski, pełen ludzi, zaś u starych samotny); postawy wobec nowości (u młodych otwartej, natomiast u starych zamkniętej); potrzeb (u młodych ten zbiór jest zmienny, u starych stały); i wreszcie przyszłości (która dla młodych jest niepewna i intrygująca, dla starych zaś znana). Jak widać świat młodego człowieka wyraźnie dominuje i obiecuje więcej. Nawet jeśli pojawiają się w jego opisie określenia negatywne, to zwykle odnoszą się one do stawianych wymagań, swego rodzaju konieczności związanych np. z edukacją, czy pracą zawodową. Stary świat jest nudny, bo nie jest młody – wydają się zakładać badani.

Opisując swoją spodziewaną, czy wyobrażoną przyszłość, tę najbardziej odległą tj. dotyczącą etapu starości, młodzież podkreślała, że jako seniorzy będą oni przede wszystkim aktywni, będą mieć wiele zajęć. Odnosząc to ustalenie do wcześniej zaprezentowanych charakterystyk należy podkreślić, że badani aktywność znanych im i spotykanych osób starszych ocenili na niższym poziomie. Tendencja taka jest być może zaprzeczeniem, próbą zmiany własnego wizerunku jako człowieka starego, o którym na tę chwilę wiedzą, że nie jest on dostatecznie pozytywny. Ta aktywność tak bardzo typowa dla młodych ludzi jest próbą zatrzymania własnej mocy. Wydaje się, że chcą oni w tym dostrzegać szansę własnej, jasno zaznaczonej obecności. Słowem, dopóki działam, mam wpływ na otoczenie, zaznaczam się w nim, po prostu istnieję. Pewna grupa podkreśliła, że poza upływem czasu nic się w ich życiu nie zmieni, tzn. będą oni tacy sami, jacy są teraz. Inne opisy także ujawniają potrzebę wyraziście zaznaczonego znaczenia. Znalazły się wśród nich takie jak: „będę cieszyć się życiem i opiekować się wnukami, nauczę ich wielu nowych rzeczy" albo „będę dbała o zdrowie własne i moich bliskich", ale także „będę doświadczony, będę fajny". Inne typowania to: korzystanie z życia, oddawanie się własnym pasjom (gotowania, pieczenia, rękodzieła) i np. podróżom, albo nauce nowych umiejętności (języków obcych, śpiewu, gry na instrumencie), bądź aktywności twórczej (np. pisaniu książek). Niektórzy młodzi ludzie planują opiekować się wnukami, angażować się w aktywność społeczną, inni odpoczywać, czytać książki, spacerować, uprawiać ogródek, wspominać. Pojawiły się również wskazania na brak zrozumienia ze strony mło-

dych ludzi, co owocuje narzekaniami, zrzędliwością i wyłączeniem z życia społecznego. Warto zwrócić uwagę, że w małym stopniu zaznacza się tutaj strach młodzieży przed starością[60]. Młodzi ludzie nie przywołują kategorii niepełnosprawności, czy śmierci, co związane jest zapewne z bardzo odległą perspektywą czasową własnej starości. Mówi nam to jednak wiele na temat funkcjonującego w percepcji młodzieży obrazu starości, a także oczekiwań z nią związanych.

Respondenci zakładają aktywność w czasie swojej starości oraz przewidują, że dla zrealizowania tych zamierzeń potrzebować będą przede wszystkim wsparcia i pomocy bliskich im osób, wśród których wymieniają dzieci, wnuki, przyjaciół i współmałżonka. Poza tym wskazywano na potrzebę zabezpieczenia finansowego oraz wsparcia społeczeństwa, mentalnie przygotowanego do przyjęcia i równouprawnienia starości, czyli „dobrze wychowanego młodego pokolenia". Ci młodzi ludzie znakomicie zdają sobie sprawę ze znaczenia, jakie dla budowania statusu przedstawicieli poszczególnych pokoleń mają, ich relacje z reprezentantami innych pokoleń. Nawet jeśli nie nazywają tego wprost, to przeczuwają konieczność dialogu, wzajemnego oddziaływania na siebie młodych i starych.

Warto tutaj wskazać na ustalenia Marka Niezabitowskiego, z których wynika, że wyznacznikiem funkcjonowania dzisiejszych młodych ludzi w starości jest przede wszystkim biegłość w zakresie kontaktów społecznych. Natomiast nabywane w toku życia wiedza, czy umiejętności techniczne mają drugorzędne znaczenie[61]. Stąd powodem do obaw jest to, że młodzi ludzie wychowywani i socjalizowani są w świecie zdominowanym przez rywalizację i dążenie do dosyć jednoznacznie określonego sukcesu, co często spłyca nawiązywane kontakty społeczne oraz utrudnia budowanie bliskich i trwałych więzi społecznych[62]. Wobec tego obecność seniorów z ich dialogowym nastawieniem do otoczenia przychodzi w sukurs kształtowaniu u młodych ludzi nawyku „bycia społecznego".

Zakończenie

Dzieje ludzkości wskazują znaczne zróżnicowanie postaw wobec starości, zarówno wśród reprezentantów młodego, średniego, jak i starszego pokolenia. W różnych epokach oraz cywilizacjach dominował jeden z kierunków: gerontofobia bądź gerontokracja, oddziałując na sposób postrzegania staro-

---

60 P. Szukalski, *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek,* [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną,* Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 157.

61 M. Niezabitowski, *Integracja pokoleń w perspektywie socjologicznej*, s. 39.

62 Tamże, s. 40-41; A. Klatkiewicz, *Integracja pokoleń w aspekcie poczucia dobrostanu społecznego…*, s. 56.

ści i osób starych oraz relacje między pokoleniami. Duże znaczenie mają tutaj takie kategorie jak: warunki życia (czynnik ekonomiczny[63]), wierzenia i praktyki religijne, koncepcje człowieka, kulturowe wzory starości[64] oraz dominujący system sprawowania władzy i jej sukcesji[65].

„Każde społeczeństwo dysponuje pewnymi normami określającymi zestaw ról społecznych właściwych dla osoby w danym wieku. Zakłada się przy tym występowanie związanych z wiekiem ograniczeń i zdolności, zaś preferowane role można określić jako odpowiedź na swoisty *mix* oczekiwań odnośnie do tego, co osoba w danym wieku może i powinna robić. Niekiedy takie normy są wyrażone w języku prawa (np. obowiązek przejścia na emeryturę w pewnym wieku, zakaz wykonywania niektórych zawodów przez osoby młodsze lub starsze od pewnego zapisanego w przepisach wieku). Najczęściej funkcjonują one w sposób nieformalny. Normy takie są zazwyczaj głęboko zinternalizowane i większość jednostek w swym codziennym postępowaniu kieruje się nimi, dokonując wyboru «właściwego» wariantu zachowania. W rzeczywistości normy te mylą to, jak osoby starsze mogą się zachowywać, z tym jak powinny się zachowywać. Choć ich występowanie jest funkcjonalne – ułatwiające wybory poprzez określenie pewnych uproszczonych dróg postępowania – są one fundamentem, na którym budowane są, prowadzące do ageizmu stereotypy odnośnie do osób starszych”[66].

Podsumowując zaprezentowane wyniki badań należy zwrócić uwagę, że badana młodzież o osobach starszych zwykle wypowiada się z szacunkiem, dostrzec tutaj można także uznanie dla działań podejmowanych przez seniorów. Wśród instytucji zrzeszających osoby starsze wymieniane są przede wszystkim: Uniwersytet Trzeciego Wieku (UTW), domy kultury, Kościół, domy opieki, koła gospodyń wiejskich, domy seniora oraz hospicja. Z kolei instytucje działające na rzecz seniorów to zdaniem badanych przede wszystkim: Uniwersytet Trzeciego Wieku, domy starców, domy opieki, organizacje charytatywne, Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, Caritas, szpitale i hospicja, Kościół. Jak można dostrzec pole zakresowe obu tych kategorii działań z seniorami i dla seniorów w znacznej części pokrywają się, co może z jednej strony wskazywać na brak możliwości jednoznacznego oddzielenia ich od siebie, ale może także oznaczać postrzeganie osób w wieku podeszłym jako najważniejszych organizatorów własnej aktywności, swego rodzaju samopomocy. Ustalenie takie może prowadzić ku domniemaniu znacznej niezależności tej grupy osób w organizowaniu własnej codzienności. Z drugiej jednak strony częste wskazania domów opieki, domów spokojnej starości, szpitali oraz hospicjów mogą sugerować znaczne uzależnienie społeczne eg-

63 S. de Beauvoir., *Starość.*

64 E. Magiera, *Relacje między pokoleniami na przestrzeni wieków*, [w:] *Młodość i starość…*, s.103.

65 S. De Bevoir, *Starość.*

66 P. Szukalski, *Ageizm…*, s. 155-156.

zystencji osób starszych od profesjonalnych służb, co zwykle związane jest z ich niepełnosprawnością. Dostrzec można tutaj dwa nurty ustosunkowania wobec starości, co jest swego rodzaju odzwierciedleniem społecznego postrzegania tego okresu życia i jego dzierżycieli. Badani gimnazjaliści, choć podkreślają, że każdy człowiek w wieku podeszłym może być inny, to jednak prezentują okres „jesieni życia" jako wycofany z aktywności, a nawet jeśli taką aktywność dostrzegają, to zwykle sprowadza się ona albo do misji wspierania rozwoju młodych, albo zamyka ją w obrębie własnego pokolenia. Warto jednak zaznaczyć, że prezentowane opinie w poważnym stopniu uzależnione są od częstości oraz głębokości takich międzypokoleniowych spotkań. Ustalenie takie potwierdza zasadność krzewienia idei integracji międzypokoleniowej, i to nie tylko tej w obrębie rodziny, ale wykraczającej na szerszą płaszczyznę społeczną. Zaprezentowane ustalenia korespondują z wynikami wielu innych badań, podejmujących próbę diagnozy jakości relacji łączących seniorów i młodzież[67].

Niestety wciąż zbyt mało istnieje przedsięwzięć stwarzających możliwość wymiany idei pomiędzy przedstawicielami różnych pokoleń, jak również wspólnej pracy na rzecz społeczności lokalnej[68]. Choć przedsięwzięcia takie, jak UTW, czy kluby seniora w pełni zasłużenie cieszą się dużym entuzjazmem społecznym, to jednak stanowią formy zrzeszające osoby starsze we własnym gronie. Dokonuje się tutaj jedynie integracja wewnątrzpokoleniowa. Przedsięwzięcia takie są głównym czynnikiem wspomagającym uczestnictwo w społeczeństwie, dają one ludziom starszym możliwość dalszego uczenia się i dzielenia się wiedzą oraz doświadczeniem, a jednocześnie spędzania czasu z przyjaciółmi, rodziną, sąsiadami i rzadziej przedstawicielami młodszych pokoleń[69]. Ponadto, to ciągłe uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym pozytywnie oddziałuje na ich dobrostan, przyczynia się do utrzymania poczucia własnej wartości. Osoby starsze – jak wykazały również powyższe wyjaśnienia młodzieży – w poważnym stopniu wspierają rodzinę, pomagają w opiece nad dziećmi, tym samym sprzyjając aktywności rodziców na rynku pracy. Bez wątpienia oddziałuje to pozytywnie na solidarność rodzinną[70].

---

67 Por. *Osoby starsze w oczach młodzieży, młodzież w oczach osób starszych*, Prezentacja z badania jakościowego, https://www.rpo.gov.pl/pliki/13401198100.pdf [Dostęp: 13.05.2016]; B. Krupa, *Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna,* „Nowiny Lekarskie" 2012, nr 81, s. 36 i nast., R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość między diagnozą a działaniem,* Warszawa 2013, s. 96-98 http://irss.pl/wp-content/uploads/2014/01/Staro%C5%9B%C4%87.pdf [Dostęp: 13.05.2016].

68 Tamże, s. 111.

69 *Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012*, s. 117 http://www.analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/ER2012/final_statystyczny_portret_UE_pl.pdf [Dostęp: 04.05.2016].

70 P. Szukalski, *Ageizm…*, s. 111.

Jednak człowiek w pełni funkcjonuje dopiero w zetknięciu z różnymi formami społecznej organizacji. Ponadto warunkiem skutecznej integracji międzygeneracyjnej, która w pierwszej kolejności wymaga stępienia nierzadko ostrych, nieprawdziwych i niesprawiedliwych przekonań na temat reprezentantów odmiennego pokolenia jest „osobisty kontakt pomiędzy osobami uprzedzonymi a seniorami – żywymi dowodami świadczącymi, iż obraz starości jako okresu nieuniknionego obniżenia się zdolności fizycznych, poznawczych i emocjonalnych jest niezgodny z rzeczywistością. Kontakt taki pozwala na ograniczenie, jeśli nie eliminację, uprzedzeń i stereotypów, leżących u źródeł dyskryminacji”[71]. Idea takiego międzypokoleniowego kontaktu winna być propagowana wśród przedstawicieli wszystkich generacji. Trzeba podkreślić, że brak porozumienia międzygeneracyjnego jest przyczyną, bądź skutkiem w takim samym stopniu wykluczenia, co i wycofania społecznego osób starszych.

„Konieczne jest – jak pisze Piotr Szukalski – zaprzestanie rozpatrywania relacji z ludźmi starszymi w kategoriach my/oni w sytuacji, gdy obniżanie się prawdopodobieństw zgonów sprawia, iż prawie każda żyjąca w krajach rozwiniętych osoba dorosła dożyje wieku powszechnie uznawanego za początek starości. W takim przypadku potrzebne jest szersze uświadomienie, iż «oni» to my za kilkadziesiąt lat, co może pomóc w zmianie postaw wobec ludzi starszych. Wszak podstawowa różnica pomiędzy ageizmem a innymi uprzedzeniami polega na tym, iż uprzedzenia wobec osób o innym kolorze skóry, płci, narodowości, orientacji seksualnej, religii nie «uderzą» w nas samych, podczas gdy ageizm w pewnym momencie będzie mniej bądź bardziej dotkliwie odczuwany za kilkanaście, kilkadziesiąt lat przez zdecydowaną większość osób posiadających tego typu uprzedzenia i stereotypy”[72].

Podkreślić należy, że przygotowanie do starości, czy oswajanie ze starością w większym stopniu należy odnosić do kształtowania postawy otwartości i tolerancji dla współwystępujących zróżnicowanych interpretacji w odniesieniu do treści życia ludzkiego i jego sensu, w mniejszym zaś stopniu budować systemy wymagań, określających jakim to życie być powinno.

Znakomitą puentę dla kierowanych wobec osób starszych oczekiwań dotyczących form ich aktywności, swego rodzaju zobowiązania, by nadążać za światem sformułowała Małgorzata Wołejko: „Tymczasem wielu z nich nie ma na to ochoty, ma obiektywne trudności z nowoczesnymi technologiami, czy nieśmiałość uniemożliwiającą wchodzenie do nowych grup, a najczęściej niezdolność wyznaczoną kondycją zdrowotną; naprawdę starsi nic nie powinni (...) to świat winien dostrzec w osobie war-

---

71 Tamże, s. 176

72 Tamże, s. 178.

tość nie związaną bynajmniej ze znajomością Microsoft Office"[73]. Ale świat – zwłaszcza współczesny – ma swój własny plan i rzadko kiedy, w zasadzie nigdy nie ogląda się za tymi, którzy tracąc siły gubią tempo peletonu. Z tym, że stary człowiek (podobnie zresztą jak młody) wcale nie musi mieć potrzeby, by wygrywać w sposób wyznaczony mu zewnętrznie. Jednak przede wszystkim należy pamiętać o tym, że kategoria zwycięstwa może być definiowana w bardzo indywidualny sposób.

The youth of gimnasiums to elderly people - Statement of research

The scientific literature often take about the problem of the stereotypical conception of old age. Attitudes toward seniors often stem from the lack of knowledge and the lack of variety of experiences and a number of simplifications. While, intergenerational integration is important for the functioning of society as a whole. Around these issues are focused reflections included in this text. The article contains the results of empirical research on seniors and senility conducted among the youth of gimnasiums.

Bibliografia

Abramczyk P., *Medyczne aspekty starzenia się*, [w:] *Dialog pokoleń. Studium interdyscyplinarne*, Wyd. Salezjańskie, Warszawa 2007.

Bardziejewska M., *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?*, [w:] A. Brzezińska, (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa,* GWP, Gdańsk 2005.

Beauvoir de S., *Starość*, Wyd. Czarna Owca, Warszawa 2011.

Braun-Gałkowska M., *Psychologia domowa*, Wyd. KUL, Lublin 2008.

Cavanaugh J. C., *Starzenie się*, [w:] P. E. Bryant, A. M. Coleman (red.), *Psychologia rozwojowa*, Wyd. Zysk i Spółka, Poznań 1997.

Coleman J. C., *Dojrzewanie,* [w:] P. E. Bryant, A. M. Coleman (red.), *Psychologia rozwojowa*, Wyd. Zysk i Spółka, Poznań 1997.

Czerniawska O., *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2000.

Czerniawska O., *Nowe drogi w andragogice i gerontologii,* Wyd. WSHE, Łódź 2011.

Debesse M., *Etapy wychowania,* „Żak", Warszawa 1982.

73 M. Wołejko, *Horyzont osobowego spełnienia – między osamotnieniem a samotnością osób starszych. Perspektywa antropologiczno-etyczno-psychologiczna,* [w:] *Młodość i starość. Integracja pokoleń,* s. 65.

Janiszewska-Rain J., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?,* [w:] A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, GWP, Gdańsk 2005.

Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, „Makmed", Lublin 2008.

Klatkiewicz A., *Integracja pokoleń w aspekcie poczucia dobrostanu społecznego ludzi starszych,* [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Wyd. Zapol, Szczecin 2010.

Klementowska I., *Minuty. Reportaże o starości,* PWN, Warszawa 2014.

Magiera E., *Relacje między pokoleniami na przestrzeni wieków*, [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Wyd. Zapol, Szczecin 2010.

Mead M., *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, PWN, Warszawa 2000.

Niezabitowski M., *Integracja pokoleń w perspektywie socjologicznej*, [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń,* Wyd. Zapol, Szczecin 2010.

Nowak-Starz G., Markowska M., Zboina B., Grzywna T., *Społeczny obraz starości XXI wieku,* [w:] B. Zboina, G. Nowak-Starz (red.), *Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii,* Stowarzyszenie „Nowa Edukacja Rozwój", Ostrowiec Świętokrzyski 2009.

Rembowski J., *Psychologiczne problem starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa-Poznań 1984.

Rok 2005 – młodzi Polacy jako obywatele (analiza potencjału i możliwości społeczno -politycznych), Fundacja Instytut III Rzeczypospolitej, Ośrodek Studiów i Analiz Gospodarczych, Gdańsk-Warszawa, wrzesień 2002.

Staś-Romanowska M., *Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości*, [w:] B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, t. 2, Wyd. UKW, Bydgoszcz 2000.

Surzykiewicz J., *Obrazy starości – oblicza ludzkości: przykład niemieckiej myśli i praktyki,* [w:] K. Franczak (red.), *Dialog pokoleń. Studium interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 2007.

Szewczuk W., *Przedmowa do wydania polskiego,* [w:] D. B. Bromley, *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969.

Szukalski P., *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wyd. UŁ, Łódź 2008.

Uhlenberg P., *Znaczenie osób starszych dla dzieci w starzejących się społeczeństwach,* [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Wyd. Zapol, Szczecin 2010.

Wołejko M., *Horyzont osobowego spełnienia – między osamotnieniem a samotnością osób starszych. Perspektywa antropologiczno-etyczno-psychologiczna,* [w:] B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń,* Wyd. Zapol, Szczecin 2010.

Ziółkowska B., *Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?,* [w:] A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, GWP, Gdańsk 2005.

Zych A. A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej,* „Śląsk", Katowice 1999.

Artykuły:
Krupa B., *Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna,* „Nowiny Lekarskie" 2012, nr 81.
Małyska A., *Wykluczenie, wycofanie, czy współistnienie? O miejscu staroście we współczesnym świecie,* „Edukacja Dorosłych" 2012, nr 1.
Źródła internetowe:
Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012, http://www.analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/ER2012/final_statystyczny_portret_UE_pl.pdf [Dostęp: 04.05.2016].
Czapiński J., Błędowski P., *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013,* Warszawa 2014, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty_tematyczne/Aktywnosc_spoleczna_osob_starszych.pdf [Dostęp: 04.05.2016].
Kija R.J., Szarota Z., Starość między diagnozą a działaniem, Warszawa 2013, s. 96-98 http://irss.pl/wp-content/uploads/2014/01/Staro%C5%9B%C4%87.pdf [Dostęp: 13.05.2016].
Kubicki P., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*, http://www.eapn.org.pl/expert/files/Ub%C3%B3stwo%20i%20wykluczenie%20os%C3%B3b%20starszych.pdf [Dostęp: 04.05.2016].
Osoby starsze w oczach młodzieży, młodzież w oczach osób starszych, Prezentacja z badania jakościowego, https://www.rpo.gov.pl/pliki/13401198100.pdf [Dostęp: 13.05.2016].
Pazderski F., Sobiesiak-Penszko P., *Wolontariat osób dojrzałych w Polsce. Ekspertyza dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej,* Warszawa, czerwiec 2012, http://www.pozytek.gov.pl/files/pozytek/PO%20FIO/Wolontariat_osob_dojrzalych-ekspertyzawww.pdf [Dostęp: 04.05.2016].
Wciórka B., *Co zawdzięczamy swoim babciom i dziadkom?,* CBOS, Warszawa – styczeń 2001, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_008_01.PDF [Dostęp: 04.05.2016].

Anna Tworkowska-Baraniuk

Realizacja idei praw człowieka wobec ludzi starych

Starość jest wyzwaniem, na które trzeba umieć odpowiedzieć
Jan Paweł II

Wstęp

Rozwijający się proces demograficznego starzenia się społeczeństwa powoduje wiele wyzwań, którym sprostać musi zarówno społeczeństwo, jak i państwo, czy administracja samorządowa. Zadania te obejmują przede wszystkim obszary polityki społecznej i ochrony zdrowia, ale także odnoszą się do wielu innych kompetencji państwa. Prace nad rozwojem ochrony praw osób starszych stają się tym bardziej potrzebne, że wzrost odsetka osób starych w społeczeństwie nabiera coraz większego tempa. Według prognoz przygotowanych przez Eurostat, ludność Unii Europejskiej stale będzie się starzeć. W populacji zwiększy się udział ludzi w wieku 65 lat i starszych oraz tych w wieku ponad 80 lat[1]. Z danych szacunkowych wynika, że w 2020 roku ogólna liczba ludzi starych osiągnie 1 miliard, w tym w krajach najbogatszych przekroczy 700 milionów, co stanowić będzie około 30% całej populacji. Obserwowana dynamika globalnych procesów demograficznych wymaga z jednej strony namysłu nad nowym zarysem polityki społecznej – uwzględniającej potrzeby i oczekiwania osób starszych, z drugiej zaś konkretnych narzędzi zapobiegających potencjalnemu wykluczeniu społecznemu. Coraz większa część społeczeństwa nie jest bowiem w stanie na równi z innymi uczestniczyć w życiu społecznym i politycznym.

Regulacje międzynarodowe

Wyrazem rosnącego zainteresowania sytuacją ludzi starych jest fakt, że rok 2012 został ogłoszony w Unii Europejskiej „Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej". Na arenie międzynarodowej toczą się dyskusje na temat solidaryzmu między pokoleniami i przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu i ekonomicznemu

1 J. Woźniak, *Ludność w UE: prognoza 2008–2060,* http://www.egospodarka.pl/33899,Ludnosc-w-UE-progn oza-2008- 2060, 1,39,1.html, [Dostęp: 15.04.2015].

najstarszych. Staje się to tym bardziej istotne, że o ile dotychczas społeczna sytuacja osób starszych stanowiła przedmiot zainteresowania socjologów, etyków, geriatrów czy demografów, tak w niewielkim zakresie poruszana była przez prawników. Uzasadnionym staje się więc twierdzenie, iż we współczesnym prawie międzynarodowym – w szczególności zaś międzynarodowym prawie praw człowieka – istnieje pilna, uzasadniona okolicznościami potrzeba zmiany podejścia do problematyki ochrony praw osób starszych. Dokonanie oceny, w jakim stopniu prawo międzynarodowe odnosi się do godności osoby starszej, gwarantuje równość i zapobiega dyskryminacji, pozwala na udzielenie odpowiedzi na pytanie o stopień gwarancji dla niezależności osoby starszej i jej uczestnictwa w życiu społecznym[2]; o to, czy Deklaracja Praw Człowieka (1948) i Pakty Praw Człowieka (1966), stanowiące podstawę do konstruowania prawa właściwego, gwarantują w pełni realizację praw osób starzejących się, czy należy tworzyć dla nich nowe regulacje.

Niepokojący staje się fakt, iż mimo istnienia szeregu gwarancji poszanowania praw człowieka gerontolodzy od lat optują za wprowadzeniem w życie specjalnego dokumentu prawnego – tzw. „kodeksu starości". Już bowiem w 1948 roku delegacja Argentyny przedłożyła projekt Deklaracji Praw Starców[3], w Polsce już w 1970 roku postulowano, aby Organizacja Narodów Zjednoczonych w drodze deklaracji potwierdziła powszechny obowiązek otaczania ludzi starych szacunkiem, a „uchwalenie przez ONZ Deklaracji Praw Człowieka Starego zapoczątkuje nowy etap w moralnym pochodzie ludzkości, etap zmierzchu dyskryminacji i społecznej degradacji starości"[4].

Dotychczas najważniejszymi międzynarodowymi działaniami zmierzającymi do prawnego uregulowania sytuacji osób starych było m.in. wystąpienie na XXVIII sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych Sekretarza Generalnego Kurta Waldheima, podczas którego wskazał na problem ludzi starych i sędziwych, podkreślając jednocześnie znaczenie starzenia się populacji. Komitet ekspertów do spraw starzenia się działając przy Organizacji Narodów Zjednoczonych (1974) stwierdził, iż podstawą polityki narodowej w stosunku do ludzi w podeszłym wieku i osób sędziwych powinna stać się ustawa o prawie ludzi starzejących się i starych do uczestnictwa w rozwoju społecznym, kulturalnym i ekonomicznym swojego narodu, która usunęłaby dyskryminujący – w porównaniu

---

2 B. Mikołajczyk, *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych,* Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2002, s. 18.

3 Zob. Ł. Badeńska, *Życie mieszkańców domów pomocy społecznej a prawa człowieka,* [w:] *Instytucjonalne formy pomocy społecznej dla rodziny*, Wyd. WZS, Tarnów 1994.

4 E. Rosset, *Starzenie się społeczeństw – problem demograficzny XX wieku,* [w:] B. Früboes (red.), *Problemy ludzi starych w Polsce,* Wyd. PWE, Warszawa 1974, s. 49-50.

z pokoleniem młodych i najmłodszych – czynnik wieku[5]. Dla zapewnienia właściwej ochrony sytuacji najstarszych powszechnie realizowane powinny być postulaty prawidłowej i konsekwentnej diagnozy sytuacji i potrzeb starszego pokolenia; monitorowania działań podejmowanych przez podmioty krajowe i lokalne oraz racjonalnej gospodarki publicznymi środkami. W późniejszym czasie uchwalane były szczegółowe zalecenia dla rządów i organizacji międzynarodowych, których celem była poprawa warunków życiowych osób w podeszłym wieku. Podkreślano w nich potrzebę m.in. eliminacji występujących sytuacji dyskryminacji osób starszych; zwrócenia szczególnej uwagi na specyficzne potrzeby najstarszych. Celem tych działań powinno być polepszenie sytuacji życiowej ludzi starych i wykorzystanie ich zdolności. Podobnie w zbiorze dokumentów z V Kongresu Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego (1985) określono najważniejsze prawa osób starszych – stwierdzono m.in., że osoby w starszym wieku mają prawo do odpowiednich dochodów, mieszkania, odżywiania i standardów życia, czy do skutecznej ochrony przed lekceważeniem i okrucieństwem. Osoby stare w każdej sytuacji powinny być traktowane z godnością i szacunkiem oraz w pełni uczestniczyć w życiu rodzinnym i społeczeństwa, którego są częścią. Uwagę zwrócić należy również na Katalog Podstawowych Praw Seniorów proklamowany przez Organizację Narodów Zjednoczonych 16 grudnia 1991 roku. Podkreślono w nim prawo ludzi starzejących się i starych do autonomii i niezależności oraz prawo do współuczestnictwa w życiu społecznym, gospodarczym i kulturowym narodu oraz prawo do samorealizacji i godności. Istotnym dokumentem międzynarodowym jest także Karta Standardów Osoby Starszej z roku 1996 określająca zalecane i oczekiwane standardy oraz usystematyzowane zasady opieki zdrowotnej i socjalnej nad osobami starymi – obowiązują one jednak jedynie na terenie Europy Zachodniej[6]. Podobnie jednak stanowi Karta Praw i obowiązków osób starszych wymagających długoterminowej opieki (2010) powstała w ramach Europejskiej Strategii do Walki z Przemocą wobec Osób Starszych (A European Strategy to Combat Elder Abuse EUSTACEA). Założeniem jej twórców było uczynienie praw i potrzeb osób starszych przedmiotem debaty publicznej – podkreślali bowiem, że zaawansowany wiek osoby nie może powodować ograniczenia jej praw ani zobowiązań.

Powyższe wskazuje, że regulacje dotyczące ochrony praw osób starych są rozproszone w wielu dokumentach o międzynarodowym charakterze. Podstawowe jednak gwarantowane są normami praw człowieka zawarty-

5 A. A. Zych, *Prawa człowieka prawami ludzi starszych*, [w:] A. A. Zych, *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*, Wyd. Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem" w Dąbrowie Górniczej, Sosnowiec-Dąbrowa Górnicza 2014, s. 78.

6 W. Pędich, *„Karta Standardów Osoby Starszej"– w X rocznicę jej uchwalenia*, „Gerontologia Polska" nr 1–2/2007, s. 1.

mi w takich aktach, jak Deklaracja Powszechna Praw Człowieka z 1948 roku, która już w art. 3 stanowi, że każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swojej osoby. Kodeks Praw Człowieka stwierdza, że ustawy chronić będą prawo do życia każdej osoby. Podobnie dokumenty Światowego Kongresu Sił Pokoju z 1973 roku stanowią, że każdy człowiek ma prawo do życia, które powinno być ustawowo chronione. Wszystkie te prawa przysługują chronionym podmiotom niezależnie od ich wieku. Wśród podstawowych praw ludzkich – nierealizowanych jednak powszechnie – zwrócić należy uwagę na prawo do zabezpieczenia społecznego. Zostało ono zdefiniowane w postanowieniach Deklaracji Powszechnej Praw Człowieka, która stanowi, że „każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny".

Zalecenia i przykłady ich realizacji

Każdy z wymienionych aktów mających na celu ochronę praw osób starych zawiera katalog zaleceń i wskazuje pewne standardy oraz skodyfikowane zasady opieki nad osobami w podeszłym wieku. Ich podstawowym założeniem jest zapewnienie pełnej i równej możliwości korzystania z przynależnych każdemu – bez względu na wiek – praw człowieka i podstawowych wolności. Gwarancje poszanowania godności ludzkiej powinny bowiem znaleźć zastosowanie również wobec osób, które z uwagi na podeszły wiek doświadczają barier w korzystaniu z praw człowieka i podstawowych wolności, jak również barier w pełnym i efektywnym uczestnictwie w społeczeństwie, na równych warunkach[7].

Biorąc pod uwagę standardy określone w Międzynarodowym Planie Działań w kwestii Starzenia się Społeczeństw oraz konwencjach, zaleceniach i uchwałach Światowej Organizacji Pracy (ILO), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i innych agend Organizacji Narodów Zjednoczonych zalecenia kierowane wobec poszczególnych państw sprowadzić można do stwierdzenia, że powinny one stworzyć osobom starszym warunki pozwalające im na korzystnie z praw gwarantowanych z jednej strony przez Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Protokoły do Konwencji, Europejską Kartę Społeczną, z drugiej

7 Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych. https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR [Dostęp: 15.04.2015 r].

przez międzynarodowe instrumenty związane z ochroną praw człowieka – by móc swobodnie z nich korzystać osobom starszym powinien zagwarantowany być swobodny dostęp do odpowiednich informacji dotyczących tych praw. Korzystanie z przynależnych także osobom starszym praw i wolności powinno być pozbawione elementów jakiejkolwiek dyskryminacji, włączając w to czynnik wieku. Wśród zaleceń skierowanych wobec ustawodawstw krajowych znaleźć można postulat, by państwa bezpośrednio odniosły się do czynnika „wieku" w swoim systemie prawnym. Pozwoliłoby to poszczególnym państwom na skuteczne przeciwdziałanie wieloczynnikowej dyskryminacji osób starszych.

Zadaniem każdego państwa powinno być podjęcie efektywnych środków w celu zapobieżenia wieloczynnikowej dyskryminacji osób starszych. Do zalecenia tego zastosowała się m.in. Belgia, która stworzyła publiczne centrum działań społecznych organizujące kursy dotyczące „komunikacji międzykulturowej" dla służb stykających się w pracy z ludźmi starszymi[8]. Czeski rząd z kolei przyjął nowy Narodowy Plan Działania propagujący tzw. „pozytywne starzenie" – w tym celu w 2006 roku utworzono tam Radę na rzecz Osób Starszych i Starzejącego Społeczeństwa, jako organ doradczy, promujący zdrowie i aktywne starzenie się[9]. Ruch „Zarządzaj swoim wiekiem" jest fińską instytucją promującą aktywne starzenie się. Podobnie w Niemczech utworzono Federalną Agencję Antydyskryminacyjną, której celem jest propagowanie przedsięwzięć na rzecz podnoszenia świadomości – i tak rok 2012 traktowany był jako rok tematyczny dotyczący dyskryminacji ze względu na wiek[10]. Ustawodawca szwedzki w celu wzmocnienia ochrony przed dyskryminacją ze względu na wiek wprowadził do szwedzkiej Ustawy Antydyskryminacyjnej regulacje wpływające na ochronę społeczną, ochronę zdrowia, dostęp do dóbr, usług, rynku pracy oraz zasobów rozwojowych przeznaczonych specjalnie dla osób starszych[11].

Żaden czynnik związany z wiekiem nie powinien wpływać na zakres ochrony przyrodzonej każdemu godności – jedynie taki stan pozwoli każdemu obywatelowi – bez względu na wiek – na zachowanie autonomii. Osobom starszym prawo zagwarantować powinno możliwość kierowania swoim życiem w samodzielny sposób. Przejawia się to m.in. w możli-

8 Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f-4f4559d:JCR [Dostęp: 22.11.2016].

9 Zob. E. Kryńska, P. Szukalski, *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej.* Raport końcowy, Łódź 2013, s. 219-222.

10 Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f -c2d4f4f4559d:JCR [Dostęp: 22.11.2016].

11 https://www.google.pl/?gfe_rd=cr&ei=4vYBV8mxBO-v8weHjYmYDw&gws_rd=ssl#q=szwecja+a+osoby+ starsze [Dostęp: 22.11.2016].

wości podejmowania niezależnych decyzji we wszystkich sprawach – także tych dotyczących własności, finansów, miejsca pobytu, czy zdrowia. Osoby starsze powinny mieć możliwość utrzymywania relacji z innymi osobami, jak również możliwość pełnego uczestnictwa w działalności społecznej, kulturalnej, edukacyjnej, szkoleniowej, a także w życiu publicznym. Niemniej jednak biorąc pod uwagę, że osoby starsze posiadają pełną zdolność do czynności prawnych pozwalającą na zawarcie każdego zobowiązania, powinny mieć one możliwość otrzymania pomocy w podejmowaniu decyzji i korzystaniu z owej zdolności. Obejmować to mogłoby możliwość upoważnienia zaufanej osobie trzeciej, która wspierałaby je w podejmowaniu decyzji. W sytuacji, kiedy osoba starsza uzna, że potrzebna jej jest pomoc, osoba wcześniej upoważniona powinna udzielić tej pomocy zgodnie z jego życzeniem i preferencjami. Rozwiązaniem kwestii autonomii mogłoby być wprowadzenie do krajowych porządków prawnych możliwości uregulowania przez osoby stare swoich spraw na wypadek, gdyby w przyszłości nie były w stanie wydać odpowiednich rozporządzeń. Ewentualne ograniczenia w korzystaniu ze zdolności do czynności prawnych zawsze wynikać muszą z ochronnej ich funkcji, jednak powinny być proporcjonalne do stopnia, w jakim wpływają na prawa i interesy osoby starszej. I tak np. Dania przyjęła w 2010 roku tzw. strategię demencyjną przewidującą szczegółowe rekomendacje dotyczące podniesienia jakości usług skierowanych do osób z demencją. Pewna pula środków została w budżecie państwa przeznaczona na wspieranie działań na rzecz najstarszych. Dla zapewnienia autonomii woli osób w podeszłym wieku grecki rząd wprowadził w 2012 roku program na rzecz zawierania autonomii osób starszych w ich domach – zaczęto organizować usługi socjalne, wsparcie psychologiczne i pomoc domową. Program ten zachęca również osoby stare do udziału w życiu kulturalnym i zapewnienia im bytowania w warunkach, które nie uwłaczają ich godności. Dla zaktywizowania najstarszej części społeczeństwa w Polsce powstał Uniwersytet Trzeciego Wieku, który m.in. organizuje akcje edukacyjne, skierowane do osób starszych, zgodnie z filozofią kształcenia ustawicznego. Jego podstawowym zadaniem jest aktywizacja najstarszej części społeczeństwa – w tym działalność wolontariacka na rzecz osób starszych. W Hiszpanii utworzono Radę Osób Starszych, w skład której wchodzą przedstawiciele każdego stopnia administracji oraz reprezentanci społeczeństwa obywatelskiego. Instytucja ta zajmuje się problemami dotyczącymi warunków i jakości życia osób starych. Jej działania obejmują także procesy związane z podejmowaniem decyzji w sprawach dotyczących publicznych programów o szerokim zasięgu, a dotyczących osób starszych[12]. W Wielkiej Brytanii od

12 Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR

2011 roku z inicjatywy organizacji i jednostek wspierających osoby najstarsze prowadzona jest kampania Koniec Samotności, której podstawowym celem jest zwalczanie izolacji osób starszych oraz wspieranie ich w tworzeniu i utrzymywaniu więzi osobistych. Dodatkowo od 1988 roku działa tam specjalny program mający na celu angażowanie osób po 50 roku życia w sprawy lokalnego społeczeństwa.

Wśród niezbędnych działań zmierzających do pełnej ochrony praw najstarszej części społeczeństwa wymienić należy także ochronę przed przemocą, nadużyciami i zaniedbaniami wobec osób starych. Zasadą głoszoną w ostatniej dekadzie przez Światową Organizację Zdrowia – powszechnie akceptowalną i niebudzącą zastrzeżeń politycznych – jest równość wszystkich ludzi w dostępie do ochrony zdrowia – niezależnie od ich wieku, płci. Jako że godność przynależy każdemu bez względu na okoliczności, w jakich się znalazł, ochrona ta obejmować powinna zarówno sytuacje, kiedy do naruszeń dochodzi w domu, jak i w specjalistycznych placówkach. Cel ten realizowany powinien być przez rozwój świadomości społeczeństwa i personelu medycznego, pracowników socjalnych, nieformalnych opiekunów dotyczącej występujących nadużyć – w celu wykrywania aktów przemocy i nadużyć we wszelkich formach. Każde państwo powinno być przy tym wyposażone w przepisy pozwalające na przeprowadzenie postępowania dowodowego, gdy powzięte zostaną wiarygodne informacje dotyczące ewentualnej przemocy lub nadużyć. Pokrzywdzonym powinna być zagwarantowana stosowna pomoc. Dla przykładu wskazać można austriackie warsztaty, których celem jest zorganizowanie sieci miejscowych ekspertów doradzających osobom starszym w sytuacji stosowania wobec nich przemocy. We Francji, Finlandii, Czechach i Belgii w ramach systemu reagowania na przypadki przemocy wobec osób starych działa telefon zaufania oraz lokalne punkty wsparcia świadczące nieodpłatne wizyty domowe i proponujące rozwiązania w celu poprawy sytuacji osoby starszej. Dodatkowo w Czechach obowiązuje Narodowy Plan Działań propagujący pozytywne starzenie się; w Finlandii obowiązuje przyjęty na lata 2010-2015 plan działań zmierzający do zmniejszenia przemocy przeciw kobietom (program ten przewiduje także środki prawne dotyczące osób starszych); w Niemczech obowiązuje program „Zabezpieczenie osób starszych", którego podstawowym celem jest optymalizacja bezpieczeństwa najstarszych. Swoistym *novum* jest zaś rozwiązanie wprowadzone w holenderskiej prowincji Noord-Holland specjalnego protokołu skierowanego do osób pozostających w kontakcie z osobami starszymi, poddanymi opiece instytucjonalnej (np. fryzjerów, masażystów, fizykoterapeutów) – pozwala on na skuteczniejsze wykrywanie oznak nadużyć oraz podjęcie działań przez konkretny zespół wsparcia. Wielka Brytania w celu skuteczniejszej weryfikacji osób świadczących usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych odtajniła informacje na temat ich przeszłości kryminalnej.

Wypracowane zostały także specjalne procedury ścigania przestępstw popełnianych na szkodę osób starych.

Pośród praw mających zapewnić osobom starym odpowiednią pozycję w społeczeństwie jest prawo do otrzymywania odpowiednich środków, zapewniających im odpowiedni poziom życia, jak i umożliwiających uczestnictwo w życiu publicznym i społecznym. Osoby stare powinny otrzymywać od państwa takie wsparcie, które pozwoli im na dostosowanie domu i otoczenia do aktualnych potrzeb. Dla zapewnienia gwarancji realizacji przysługujących najstarszym praw, państwa powinny ratyfikować Europejską Kartę Społeczną i Protokół Dodatkowy do Europejskiej Karty Społecznej. Każde państwo w prowadzonych programach, planach działań, jak i polityce powinno szczególnie zainteresować się bezpieczeństwem i problemami zdrowotnymi osób starych. W tym celu np. Austriacki Federalny Plan na rzecz Osób Starszych przewiduje, m.in. działania podnoszące świadomość społeczną dotyczącą obecności osób starszych na rynku pracy. Celem podejmowanych działań jest również zapewnienie najstarszym odpowiednich warunków bytowych. W ramach chorwackich programów opiekuńczych: „Opieka Domowa dla Osób Starszych" oraz „Opieka Dzienna i Wsparcie Domowe" osobom starym dostarczane są artykuły spożywcze, świadczona jest pomoc domowa i podstawowa opieka medyczna. Rząd irlandzki zachęca osoby starsze, by jak najdłużej pozostały w swoich domach – władze lokalne udzielają takim osobom wsparcia m.in. przez pomoc w dostosowaniu domu do aktualnych potrzeb. Polska zaś gwarantuje osobom starym pomoc w codziennych czynnościach osobistych, administracyjnych, medycznych i domowych. Osoby wymagające opieki długoterminowej mają prawo do zasiłków pieniężnych, czy wsparcia udzielanego przez lokalną gminę.

Konkluzje

Nie można zgodzić się z opinią, iż „nie wydaje się potrzebne ani uzasadnione przyznanie ludziom starym szczególnych uprawnień i rozbudowywanie ich praw grupowych. Wskazane luki i uchybienia w stanowieniu i realizacji prawa winny zostać wyeliminowane w sposób respektujący zasadę równości obywateli i jednocześnie uwzględniający specyficzne potrzeby ludzi starych"[13]. Wyrazem potrzeby unormowania głównych praw osób starzejących się i starych jest m.in. fakt, że w amerykańskich domach opieki społecznej funkcjonuje instytucja rzecznika praw ludzi starych, czy tzw. prawodawstwo siwowłosych polegające na działaniach

13 W. Pędich, *Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi starych*, http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/ handle/11089 /4987/7.%20P%C4%99dich.pdf?sequence=1 [Dostęp: 28.11.2016].

zespołu delegatów wybranych przez osoby najstarsze, których podstawowym obowiązkiem jest ustalenie priorytetów legislacyjnych, uwzględniających potrzeby najstarszych. W Polsce na szczeblu centralnym w 2013 roku utworzona została Rada do spraw Polityki Senioralnej, na szczeblu regionalnym – Dolnośląska i Wrocławska Rada do spraw Seniorów, które są swego rodzaju „głosem obywateli" znającym specyfikę lokalnego środowiska i potrzeb[14]. Wprawdzie istnieją standardy praw człowieka, które odnoszą się do ludzi na wszystkich etapach życia, mogące stanowić podstawę prawną do ochrony praw osób starszych, niemniej jednak powinno się podjąć dodatkowe działania zmierzające do ochrony w obszarze luk, wynikających z niedostatecznej implementacji, informacji i monitorowania przepisów odnoszących się do osób starszych[15].

Istniejące międzynarodowe standardy praw człowieka stanowią z jednej strony gwarancje poszanowania godności osoby bez względu na jej wiek, z drugiej zaś specyficzna sytuacja osób starych wymaga, by prawa im przynależne chronione były także w krajowych porządkach prawnych – nawet jeżeli stanowiłyby one tylko powtórzenie lub uzupełnienie dotychczas obowiązujących na arenie międzynarodowej praw człowieka. Wyrazem takiego stanowiska może być fakt, że powszechnie państwa, które przyjęły Deklarację Praw Człowieka, czy Pakt Praw Człowieka gwarantujące realizację praw osób starzejących się wprowadziły dodatkowe, szczegółowe uregulowania odnoszące się bezpośrednio do osób starych. Z powyższego wynikać może, iż brakuje w międzynarodowym prawie praw człowieka regulacji gwarantujących w wystarczający sposób ochronę praw osób starych. Praktyka pokazuje, że coraz częściej takiej ochrony udzielają państwa już na poziomie ustawodawstwa krajowego.

Implementation of the ideas of human rights to the elderly people

Human encroachment in old age causes a drastic change in his situation. Old age poses new challenges in front of people but also connects to a number of constraints and difficulties. The new situation makes it necessary to protect its rights. This situation is regulated by both national and international legislation. This document aims to bring the issue of aging in the contest of the international protection of human rights. Old

14 Z. Szarota, *Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości*, [w:] R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Wyd. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 27.

15 Zob. *P. Błędowski, Polityka wobec osób starych – cele i zasady,* „Studia BAS", 2012 nr 2, s. 201-216.

age is in fact a specific time in human life, in which you should put a special emphasis on the dignity and respect due to man - their projects and guarantee human rights should be binding. Old age should always be associated with dignoity.

Bibliografia

Badeńska Ł., *Życie mieszkańców domów pomocy społecznej a prawa człowieka,* [w:] *Instytucjonalne formy pomocy społecznej dla rodziny*, Wyd. WZS, Tarnów 1994.

Błędowski P., *Polityka wobec osób starych – cele i zasady*, „Studia BAS" 2012 nr 2.

Kryńska E., Szukalski P., *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej*. Raport końcowy, Łódź 2013.

Mikołajczyk B., *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2002.

Pędich W., *„Karta Standardów Osoby Starszej"– w X rocznicę jej uchwalenia*, „Gerontologia Polska" 2012 nr 1-2.

Pędich W., *Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi starych,* http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/4987/7.%20P%C4%99dich.pdf?sequence=1 [Dostęp: 15.04.2015].

Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych. https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR [Dostęp: 15.04.2015].

Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR.

Rosset E., *Starzenie się społeczeństw – problem demograficzny XX wieku,* [w:] B. Früboes (red.), *Problemy ludzi starych w Polsce*, Wyd. PWE, Warszawa 1974.

Szarota Z., *Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości,* [w:] R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem,* Wyd. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.

Woźniak J., *Ludność w UE: prognoza 2008-2060*, http://www.egospodarka.pl/33899,Ludnosc-w-UE-prognoza-2008-2060,1,39,1.html [Dostęp: 15.04.2015].

https://www.google.pl/?gfe_rd=cr&ei=4vYBV8mxBO-v8weHjYmYDw&gws_rd=ssl#q=szwecja+a+osoby +starsze.

Zych A.A., *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem,* Wyd. Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem" w Dąbrowie Górniczej, Sosnowiec-Dąbrowa Górnicza 2014.

Zofia Szarota

Polityka senioralna w Federacji Rosyjskiej – wybrane przykłady

Wstęp

Celem opracowania jest przybliżenie polskiemu Czytelnikowi wybranych przykładów ilustrujących główne kierunki działań na rzecz poprawy jakości życia rosyjskich emerytów. Materiał zgromadzono poprzez kwerendę literatury przedmiotu oraz w wyniku obserwacji poczynionych podczas wizyty studyjnej w Moskwie i Jarosławlu (październik 2014 r.). W trakcie pobytu w Rosji miałam okazję przyjrzeć się bliżej rozwiązaniom pomocy społecznej i zakresowi usług socjalnych świadczonych seniorom[1]. W tekście przedstawiam wybrane przykłady działań i usług socjalnych.

Bezpieczeństwo socjalne i włączenie społeczne osób starszych – wskaźniki globalne i regionalne

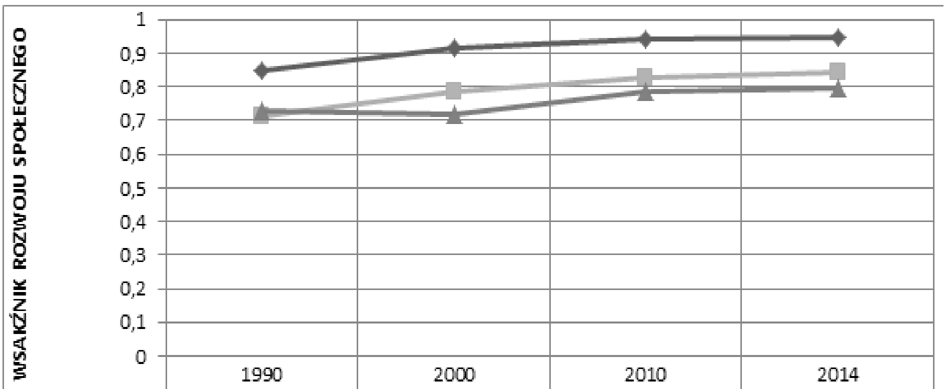
Polityka społeczna to zespół długofalowych działań władz i organizacji społecznych danego kraju (regionu), służących zaspokajaniu potrzeb obywateli, rozwiązywaniu problemów i kwestii społecznych, projektowaniu i wdrażaniu strategii zapobiegawczych, służących polityce równościowej. Każdy kraj ma listę typowych dla siebie wyzwań społecznych. Do najbardziej typowych dla regionu Europy zaliczyć należy ubóstwo i bezrobocie (w szczególności osób młodych) oraz zagrożenie wykluczeniem społecznym. Jedną z najpilniejszych i narastających kwestii społecznych jest starzenie się społeczeństwa i połączone z tym zjawiskiem konsekwencje dla życia rodzinnego, społecznego i gospodarek poszczególnych państw.

Analizy dotyczące poziomu rozwoju społecznego (*human development*) nieodmiennie od lat wskazują na Norwegię, jako lidera światowych rankingów. W ocenie brane są pod uwagę wskaźniki dotyczące m.in. średniej długości życia w chwili urodzenia, średniego czasu spędzonego w szkole,

1 IV Międzynarodowy Kongres Pedagogów Społecznych i Pracowników Socjalnych z tematem przewodnim: „Opieka społeczna a prawa człowieka oraz usługi społeczne w organizacjach rządowych i pozarządowych", Moskwa, 6-8 X 2015r., wizyta naukowo-studyjna w Państwowym Uniwersytecie Pedagogicznym im. K. D. Uszyńskiego w Jarosławlu i Miejskim Centrum Usług Społecznych.

oczekiwanego czasu pobierania nauki oraz wysokości produktu krajowego brutto na osobę. Polska do grupy państw wysoko rozwiniętych została po raz pierwszy zakwalifikowana w 2010 roku. Rosja pozostaje wśród krajów rozwijających się. Rozważenie danych usytuowanych na osi czasu pozwala dostrzec powolną poprawę ogólnej sytuacji w Polsce w odniesieniu do Rosji. Nadal jednak zauważalny jest dystans dzielący nas od krajów najbardziej zaawansowanych w rozwoju społecznym, otóż większe różnice występują pomiędzy Norwegią a Polską niż pomiędzy Polską a Rosją (wykres 1).

Wykres 1. Krzywa wskaźnika rozwoju społecznego wybranych państw

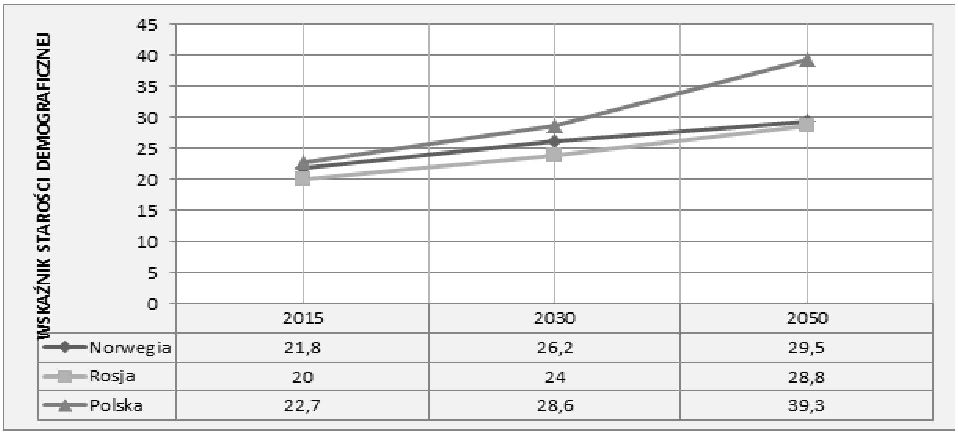


	1990	2000	2010	2014
Norwegia	0,849	0,917	0,94	0,944
Polska	0,713	0,786	0,829	0,843
Rosja	0,729	0,717	0,783	0,798

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Human Development Reports 2015: Work for Human development, UNDP, New York 2015 [hdr: undp.org/en/2015-report].

Według stanu na rok 2015 Polska i Norwegia są państwami o zbliżonym wskaźniku starości demograficznej (21,8% wobec 22,7%), Rosja jest tylko nieznacznie „młodsza" (20%). W perspektywie dziesięcioleci Polska, z niemal 40% wskaźnikiem udziału osób w podeszłym wieku (60+), stanie się jednym z najstarszych krajów Europy, Norwegowie i Rosjanie w 2050 roku zatrzymają się na niższym od nas o ok. 10 punktów procentowych poziomie (wykres 2).

Wykres 2. Procentowy udział osób w wieku powyżej 60 lat w społeczeństwie – stan i prognoza



	2015	2030	2050
Norwegia	21,8	26,2	29,5
Rosja	20	24	28,8
Polska	22,7	28,6	39,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Global AgeWatch Index 2015.

Jakość życia ogółu społeczeństwa nie zawsze znajduje odzwierciedlenie w poziomie życia osób w podeszłym wieku. W poszukiwaniu modelowych rozwiązań polityk prosenioralnych, gdzie maksimum jakości wyznacza poziom 100 punktów, należy poddać analizie zmienne charakteryzujące pozycję starszych osób w kraju, będącym liderem w danej kategorii. Norwegia w 2015 roku zajmowała pierwszą pozycję w kategorii potencjału osobistego seniorów[2] (76,3 pkt.) i drugą, uwzględniając bezpieczeństwo materialne[3] (89,4 pkt.) Najlepsze warunki do życia zapewniała seniorom w 2015 roku Szwajcaria (83,7 pkt.)[4]. Najlepszym stanem zdrowia cieszyli się Japończycy (83,9 pkt.)[5].

Zmiana pozycji danego państwa w rankingu powstałej w 1980 roku organizacji Help Age International (inicjatora i koordynatora globalnego ruchu na rzecz ochrony praw osób starszych), jest sygnałem polepszającej lub pogarszającej się sytuacji seniorów. Polska w latach 2014 i 2015 została oceniona znacząco lepiej niż w roku 2013 (wyznaczono nam wówczas odległe 62 miejsce). Na ten stan rzeczy wpłynęła poprawa samopoczucia psychicznego osób w wieku 50 i więcej lat – w porównaniu z młodszymi

2 Wskaźnik ten mierzony jest odsetkiem osób w wieku 55-64 aktywnych na rynku pracy oraz odsetkiem osób w wieku 60 i więcej ze średnim i wyższym wykształceniem.

3 Pewność dochodów (tu: świadczeń emerytalnych), zagrożenie ubóstwem, relacja dochodów/wydatków emerytów do dochodów/wydatków ogółu społeczeństwa.

4 Wskaźnikami charakteryzującymi tę zmienną są: sieć wsparcia społecznego, poczucie bezpieczeństwa, swobody obywatelskie, dostęp do transportu publicznego. Global AgeWatch Index 2015.

5 Zgodnie z danymi rankingu Global AgeWatch Index 2015, w kategorii „stan zdrowia" dla polskich seniorów wyznaczono 48 pozycję z 55,3 punktami.

grupami wiekowymi[6]. Rosja została zakwalifikowana na 65 pozycji wśród 96 państw objętych analizą. Poszczególne wskaźniki sytuujące dany kraj w rankingu ujęto w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe dane społeczno-demograficzne wybranych krajów, dane na 2014 rok

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">Deskryptor</th><th colspan="3">Państwo</th></tr>
<tr><th>Norwegia</th><th>Polska</th><th>Rosja</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Pozycja w Rankingu Global AgeWatch Index</td><td>2014</td><td>1</td><td>32</td><td>65</td></tr>
<tr><td>2013</td><td>1</td><td>62</td><td>78</td></tr>
<tr><td colspan="2">Osoby w wieku ponad 60 lat</td><td>1,023 mln (21%)</td><td>8,3 mln (21,8%)</td><td>27,6 mln (19,4%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Wiek emerytalny</td><td>67 dla obu płci</td><td>60-67 dla kobiet 65-67 dla mężczyzn</td><td>55 dla kobiet, 60 dla mężczyzn</td></tr>
<tr><td colspan="2">Średnia miesięczna emerytura w dolarach (i walucie narodowej)</td><td>1012 dol. (6073 NOK)</td><td>ok. 570 dol. (ok. 2000 zł)</td><td>302 dol. (11,6 tys. rubli)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Bezpieczeństwo dochodów [income security]</td><td>89,1/100</td><td>77,8/100</td><td>72,9/100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Stan zdrowia [health status]</td><td>73,5/100</td><td>55,3/100</td><td>27,1/100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Potencjał osobisty [capability]</td><td>76,2/100</td><td>27,3/100</td><td>45,1/100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Odpowiednie warunki społeczne i środowiskowe [enabling societies and environment]</td><td>80,1/100</td><td>69,2/100</td><td>55,5/100</td></tr>
<tr><td colspan="2">Państwowy system zabezpieczenia seniorów</td><td>Narodowy System Rent i Emerytur</td><td>Fundusz Ubezpieczenia Społecznego, ZUS, KRUS</td><td>Państwowy Fundusz Emerytalny</td></tr>
</table>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Global AgeWatch Index 2014, HelpAge International 2014; *Emerytury i renty w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014; E. Karyukhin, Commentary on Russia`s domain ranks in the 2014, Global AgeWatch Index 2014 .

6 Zob. J. Perek-Białas, *Wskaźniki w polityce senioralnej i w polityce aktywnego starzenia: poziom międzynarodowy i regionalny,* [w:] *Starzejące się społeczeństwo: nowe zadania dla polityk publicznych,* „Małopolskie Studia Regionalne" 2014, nr 2-3 / 31-32 / s. 40.

Analiza porównawcza danych umieszczonych w tabeli 1 wskazuje na obszary, które – na mocy rozwiązań federalnych[7] i komunalnych – powinny zostać poddane optymalizacji. Mocną stroną Rosji jest wysoki wskaźnik wykształcenia seniorów oraz ich aktywność na rynku pracy, choć to akurat nie jest efektem powszechności świadczeń emerytalnych, a następstwem ich słabej siły nabywczej. Podstawową przyczyną kontynuacji pracy zarobkowej przez większość emerytów jest niedostatek pieniędzy. Pracujący stanowią grupę 47% osób w wieku 55-64. Najczęściej zatrudnienie kontynuują nauczyciele, lekarze, inżynierowie. Pracodawcy raczej nie są zainteresowani zatrudnieniem osób po 60 roku życia.

Tabela 2. Wybrane wskaźniki Indeksu AgeWatch – porównanie wybranych danych

Deskryptory		Państwo		
		Norwegia	Polska	Rosja
Bezpieczeństwo finansowe	Powszechność emerytur wśród osób 65+	100%	96,5%	100%
	Stopa ubóstwa wśród osób w wieku 60+[1]	1,8%	8,6%	9,7%
	Średni dochód osób w wieku 60+ w relacji do średniego dochodu całej populacji	99%	89,3%	77,5%
	PKB na głowę w dolarach amerykańskich	46 733,4	17 980,8	14 731,0
Zdrowie	Przeciętne dalsze trwanie życia po 60 roku życia[2]	24,0	21,0	17,0
	Przeciętne dalsze trwanie życia po 60 roku życia w zdrowiu	17,4	16,2	13,8
	Dobrostan psychiczny/mentalny osób po 50 roku życia.	98,9%	89,0%	76,2%
Potencjał osobisty	Zatrudnienie w grupie wiekowej 55-64 lata	70,9%	38,6%	46,8%
	Wykształcenie średnie i wyższe w grupie osób po 60 roku życia.	99,4%	60,7%	85,0%

7 Na przykład wśród celów polityki demograficznej Federacji Rosyjskiej do 2025 roku znajduje się wydłużenie oczekiwanego trwania życia do 75 lat, zob.: *Демографическая политика Российской Федерации на период до 2025 года*, www.rosmintrud.ru/ministry/proramms/6 [Dostęp: 15.05.2015].

Odpowiednie warunki społeczne i środowiskowe	Sieć wsparcia społecznego osób po 50 roku życia.	89%	87%	82%
	Poczucie bezpieczeństwa osób po 50 roku życia.	86%	64%	37%
	Wolności obywatelskie osób po 50 roku życia.	96%	71%	55%
	Dostęp do publicznego transportu osób po 50 roku życia.	56%	58%	57%

Źródło: Global AgeWatch Index 2014.

Według danych Help Age International 85% Rosjan w wieku 60+ ma średnie lub wyższe wykształcenie. Psychicznym dobrostanem cieszy się 76% ogółu pięćdziesięciolatków i starszych, a poczucie bezpieczeństwa deklaruje 37% spośród tej grupy. Wolności obywatelskie są dostrzegane przez 55% osób w wieku ponad 50 lat[8].

Federacja Rosyjska – tworzenie warunków dla aktywnego starzenia się i dobrobytu społecznego

Zgodnie z Konstytucją Federacji Rosyjskiej głównym celem rosyjskiej polityki społecznej jest tworzenie warunków do godnego życia i swobodnego rozwoju człowieka. Artykuł 7 Konstytucji stanowi: „Praca i zdrowie ludzkie podlegają ochronie, ustanawia się gwarantowaną płacę minimalną, **państwo otacza opieką** rodzinę, macierzyństwo i ojcostwo oraz dzieci, inwalidów i **obywateli w podeszłym starszym wieku**, rozwijany jest system opieki socjalnej, **wprowadza się państwowe świadczenia emerytalne**, zasiłki oraz inne gwarancje ochrony socjalnej"; artykuł 39: „(1) Każdy ma **zagwarantowaną opiekę socjalną na starość**, na wypadek choroby, inwalidztwa, utraty żywiciela, jeśli wychowuje dzieci, a także w innych przewidzianych prawem wypadkach. (2) **Wypłacane przez państwo emerytury** i zasiłki wyznacza ustawa. (3) Popierane są dobrowolne ubezpieczenia społeczne, tworzenie uzupełniających form ubezpieczeń społecznych oraz działalność dobroczynna"[9].

W strukturze rosyjskiego Ministerstwa Pracy i Ochrony Społecznej pozostaje Departament Zabezpieczenia Emerytalnego. Wśród jego zadań znajduje się koordynacja działalności Funduszu Emerytalnego i Funduszu Ubezpieczenia Społecznego Federacji Rosyjskiej[10].

8 Global AgeWatch Index 2014.

9 Konstytucja Federacji Rosyjskiej, pobrano z: libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/Rosja-r1.html; biurowe.sejm.gov.pl/uzup/mid-112.pdf [Dostęp: 16.05.2015].

10 www.rosmintrud.ru/ministry [Dostęp: 16.05.2015].

W Federacji Rosyjskiej kobiety przechodzą na emeryturę po ukończeniu 55 roku życia i przepracowaniu co najmniej 20 lat, mężczyźni po ukończeniu 60 roku życia i przepracowaniu minimum 25 lat. Świadczenia emerytalne od 1991 roku wypłacane są z państwowego Funduszu Emerytalnego Federacji Rosyjskiej, finansowanego ze składek pracodawców, pracowników i z budżetu państwa[11].

W Federacji Rosyjskiej, z powodu dużego odsetka osób w podeszłym wieku, rosną koszty społeczne systemu pomocy i ekonomiczne wydatki rodzin, przy równoczesnym obniżeniu zasobów opiekuńczych rodziny jako podstawowego źródła wsparcia społecznego. Emeryci mogą doświadczać specyficznych dla podeszłego wieku problemów, np. pogorszenia stanu zdrowia, obniżenia zdolności do samoobsługi. Występuje ryzyko przedemerytalnego bezrobocia, zagrożenie spadkiem konkurencyjności na rynku pracy, sytuacja materialna staje się niestabilna, obniżeniu ulega dotychczasowy status społeczny. W najmniej sprzyjającej sytuacji znajdują się kobiety, samotni seniorzy i starsze pary małżeńskie prowadzące jednopokoleniowe gospodarstwa domowe, starsi wiekiem migranci czy uchodźcy oraz osoby bezdomne. Od kilku lat do sfery publicznej wprowadzane są rozwiązania mające poprawić sytuację seniorów rosyjskich. W roku 2014 został przyjęty plan narodowej polityki senioralnej. Od czerwca 2015 roku realizowana jest państwowa „Strategia działań na rzecz obywateli w starszym wieku". Główne jej aspekty są skoncentrowane na rozwiązaniach problemów zatrudnienia i rynku pracy, utrzymania i wzmocnienia zdrowia osób starszych, zagospodarowania czasu wolnego i umożliwienia korzystania z rozrywki oraz rozwoju rynku usług socjalnych[12]. Ostatni z wymienionych sektor wymaga poprawy jakości i dostępności. Prawo federalne nr 442-F3 „O zasadach (podstawach) usług socjalnych dla obywateli Rosyjskiej Federacji" weszło w życie 1 stycznia 2015 roku[13]. Określone zostały wymagania organizacyjne, w tym udział sektora prywatnego w świadczeniu usług społecz-

11 *Encyklopedia PWN*, hasło: Rosja. Polityka społeczna, pobrano z: encyklopedia.pwn.pl/haslo/Rosja-Polityka-spoleczna ;4575226.html; Федеральный закон от 21 июля 2014 года N 216-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации». http://www.rosmintrud.ru

12 T. Zelenova, Пенсионеры в России: социальная поддержка, проблемы и ожидания, „EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej" nr 2/2015: Social Policy and Models of Services for the Elderly International Perspective, s. 129-139.

13 П. Л. Каминский, *Социально-демографические аспекты модернизации социального обслуживания,* „Социальная Работа" 2014, Но 7/ СР 45.

nych[14]. Poszczególne obwody (regiony) kraju realizują zadania pomocy społecznej, które są w całej Federacji takie same[15].

Systematycznie odbywają się konferencje naukowe i kongresy, zjazdy praktyków, także międzynarodowe. Działa wiele prosenioralnych i seniorskich organizacji pozarządowych, np. Związek Emerytów Rosji, Wszechrosyjska Organizacja Weteranów Sił Zbrojnych, Wszechrosyjskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, organizacja „Dzieci wojny", charytatywne pozarządowe i społeczne organizacje a także kluby zainteresowań, centra informacyjno-wychowawcze i edukacyjne „Złoty Wiek" przy stowarzyszeniu „Wiedza" i inne Rosyjskie Uniwersytety Trzeciego Wieku prowadzą zajęcia z różnych dziedzin wiedzy, w tym technologii informacyjnych, rozwoju osobistego, zdrowego trybu życia. Proponują imprezy kulturalne i rozrywkowe, wsparcie psychologiczne i porady prawne dla seniorów. Głównym celem UTW jest, jak wszędzie, podniesienie jakości życia osób starszych i przeciwdziałanie poczuciu ich osamotnienia[16].

Główne formy i obszary działań instytucji usług socjalnych

Na kilka przykładach postaram się ukazać specyfikę rosyjskiego systemu usług socjalnych i pomocy społecznej, nakierowanych na zaspokajanie potrzeb osób w podeszłym wieku.

Działania służb społecznych są skierowane na udzielanie wsparcia społeczno-gospodarczego, medyczno-społecznego, psychologicznego, edukacyjnego, usług prawnych, adaptacji społecznej i rehabilitacji osób i rodzin znajdujących się w trudnych sytuacjach. Środowiskowa opieka społeczna obejmuje pomoc finansową i świadczenia rzeczowe (posiłki, odzież, środki czystości i inne) i usługi socjalne oraz zdrowotne i pielęgnacyjne. Działają ośrodki kompleksowego wsparcia i integracji rodzin, które proponują seniorom codzienny kilkugodzinny pobyt z terapią zajęciową. Funkcjonują środowiskowe placówki wsparcia dziennego i pobytu stałego dla osób starszych i niepełnosprawnych. W poszczególnych republikach i obwodach działają organizacje pozarządowe, realizowane są projekty socjalne, programy społeczne, np. w Republice Komi (północny wschód europejskiej części Federacji Rosyjskiej) kontynuowany jest program „Starsze pokolenie (2011-2013 i 2014-2018) - Opieka". W ramach tego programu funkcjonują mobilne brygady socjalne wyposażone w dobrej klasy mikrobusy docierające do najmniejszych wsi i osad. Trasa

---

14 Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживанияграждан в Российской Федерации». http://www.rosmintrud.ru

15 Konstytucja Federacji Rosyjskiej: art. 71 lit. f).

16 T. Zelenova, *Пенсионеры в России: социальная поддержка, проблемы и ожидания.*

i daty wyjazdów ustalane są z pracownikami socjalnymi, zatrudnionymi w docelowych miejscowościach. W skład zespołu wyjazdowego wchodzą specjaliści (np. prawnicy, służba zdrowia i inne), którzy przyjeżdżają na miejsce po uzyskaniu informacji od miejscowych pracowników socjalnych o skali i jakości deprywowanych potrzeb społeczności lokalnej. Proponowana pomoc wymaga ustalenia planów indywidualnej pomocy. Dotyczy np. odnowienia czy wyrobienia dokumentów[17].

W środowiskach lokalnych, poza Uniwersytetami Trzeciego Wieku, działają – jak np. w Petersburgu, który, podobnie jak Moskwa, jest miastem o znaczeniu federalnym – roczne, trzysemestralne „Szkoły trzeciego wieku", będące innowacyjną, opartą na projektach socjalnych, formą aktywizacji społeczno-kulturalnej przez twórczość[18], czy też w Republice Komi – „Szkoły bezpieczeństwa" i „Prawnicze kliniki". Projektowane są formy i usługi socjalnego wsparcia, aranżowane są zajęcia edukacyjne (komputerowe, fitness, narty biegowe), udzielane są informacje, świadczone jest doradztwo. W klubach zdrowia, kołach zainteresowań, centrach integracji i placówkach pobytu stałego prowadzone są treningi psychologiczne, zajęcia edukacyjne, zajęcia kulturalne, kursy komputerowe, wystawy pracy twórczej seniorów[19].

W niedawnym czasie w Federacji Rosyjskiej przyjęto szereg dokumentów, ustaw oraz rozporządzeń nowelizujących i optymalizujących usługi i świadczenia pomocy społecznej. Efekty tych działań widoczne są szczególnie w stolicy i dużych miastach Federacji. Przykładowo, samotni mieszkańcy Moskwy mogą liczyć na nową jakość usług socjalnych świadczonych w środowisku zamieszkania. W działaniach kierowanych do ponad 130 tys. osób[20], w tym szczególnie 90 tys. zasłużonych uczestników Wielkiej Wojny Ojczyźnianej, zauważyć należy pracę mobilnych służb socjalnych, opartą na nowoczesnych technologiach pracę systemu i służby szybkiego reagowania „Przycisk (guzik) alarmowy" (w 2013 roku objęto systemem 22 tys. weteranów – mieszkańców stolicy Rosji)[21], usługi zespołu medyczno-socjalnej rehabilitacji „Sanatorium w domu", pracę pielęgniarek środowiskowych i psychologów[22].

W Petersburgu służby socjalne zajmują się przydzielaniem świadczeń finansowych w formie zasiłków i celowej pomocy pieniężnej na np.

17 М. А. Ганов *Ради старшего поколения: „запрограммированные" резултаты.* „Социальная Работа", Но 5/2014, СР 20-24.

18 С. П. Чернышева, *Школа третего возраста: к социальной солидарности и обществу для людей всех возастов.* „Социальная Работа" Но 3/2014, СР 22-26

19 М. А. Ганов, *Ради старшего поколения: „запрограммированные" резултаты...*

20 О. Е. Грачева, *Надомное обслуживание в условиях оптимизации.* „Социальная Работа", Но 4/2014, СР 46.

21 А. М Федосихин, *Забота о ветеранах,* „Социальная Работа", Но 4/2014, СР 26-27.

22 О. Е Грачева, *Надомное обслуживание в условиях оптимизации….*

opłaty komunalne, protezy zębowe. Świadczone są usługi niestacjonarne (w miejscu zamieszkania beneficjenta) i półstacjonarne w placówkach pobytu dziennego. Usługi środowiskowe obejmują świadczenia socjalno-bytowe, medyczne, prawne i ekonomiczne, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb podopiecznego i stanu jego zdrowia. W domu dziennego pobytu odbywają się zajęcia aktywizujące, biesiady tematyczne, koncerty rozrywkowe, spotkania z interesującymi osobami, działają koła i kluby zainteresowań, prowadzone są treningi relaksacyjne, arteterapia, ergoterapia, organizowane są wycieczki i tym podobne formy znane z pracy polskich placówek, w tym kursy komputerowe. Silnie rozbudowana jest pomoc psychologiczna, działa telefon zaufania. Interesująca jest działalność wolontariatu „Seniorzy – seniorom", który obejmuje pomoc niesioną starszym, zamkniętym w swych mieszkaniach, niepełnosprawnym osobom przez inne starsze osoby[23]. W mieście funkcjonuje budynek z 46 mieszkaniami dla samotnych seniorów, którzy dotychczas użytkowane domostwa przekazali państwu. W niemieszkalnej części budynku – w centrum kompleksowych socjalnych usług – dyżurują służby socjalne, które zapewniają ofertę wolnoczasową, medyczne i socjalno-bytowe świadczenia dla mieszkańców i osób z okolicy[24].

W Dubowsku (obwód wołgogradzki) od kwietnia 2011 roku funkcjonują socjalne rodziny dla osób w podeszłym wieku. Rodziny socjalne są kwalifikowane przez psychologa. W skład zakontraktowanych świadczeń wchodzi niezbędna opieka, wyżywienie, ordynowanie leków, udostępnianie i dbałość o rzeczy codziennego użytku, udzielanie pomocy przedmedycznej. Jakość opieki poddawana jest comiesięcznej kontroli, za jej sprawowanie rodziny „zastępcze" otrzymują wynagrodzenie, wyższe w przypadku przyjęcia osoby niepełnosprawnej (inwalida 1 grupy). Miejscem zamieszkania rodziny socjalnej może być zarówno dom podopiecznego, jak i dom rodziny sprawującej opiekę[25].

Liczba miejsc w 1538 placówkach stacjonarnego pobytu dla osób w podeszłym wieku i dorosłych inwalidów wzrosła w Rosji z 225 tys. w 1990 roku do 251 tys. w 2012 roku[26]. Do grupy placówek tego typu należą także pensjonaty dla weteranów wojny, weteranów pracy, psychoneurologiczne centra dla

23 М. Е. Аверьянова, *Забота о пожилых - дело общее,* „Социальная Работа" Но 3/2014, СР 27.

24 И. С Новожилова, *Социальная политика Санкт-Петербурга в невском районе.* „Социальная Работа", Но 3/2014, СР 3-7.

25 А. С. Медникова, *Социальная работа для пожилого человека,* „Социальная Работа", Но 6/2013, с. 30.

26 Dla porównania w Polsce w 2013 roku było 448 domów pomocy społecznej o profilach dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych i osób niepełnosprawnych fizycznie z 34 197 miejscami i 32932 mieszkańcami (*Statystyki pomocy społecznej, Statystyka* za rok 2013).

dorosłych i tzw. domy miłosierdzia (według stanu na 1 stycznia 2013 roku było ich w Rosji 22 dla 1,5 tys. osób) oraz 30 gerontologicznych centrów (dla 7,6 tys. osób). Liczba placówek jest nieadekwatna do poziomu potrzeb społecznych Rosji. Zgodnie z prawem od 2001 roku obowiązuje norma przewidująca 30 miejsc na 10 tys. mieszkańców w stacjonarnych placówkach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. W praktyce jest to 19,2 miejsca na 10 tys. osób[27]. Proporcja średniomiesięcznej pensji pracowniczej do średniomiesięcznej emerytury w pierwszym kwartale 2014 roku wynosiła odpowiednio 32 tys. do 11 tys. rubli, koszt usług w placówce pobytowej kształtował się na poziomie od 30 do 100 tys. rubli za jedno miejsce na miesiąc. Większości obywateli nie stać na korzystanie z takiej pomocy[28]. Kadrę domów pobytu dla osób starszych i niepełnosprawnych stanowią: lekarz-terapeuta, psychologowie, instruktorzy pracy kulturalno-oświatowej, ergoterapii, sportu, rehabilitanci. Oferta terapii zajęciowej i zajęć w czasie wolnym jest bogata. Przykładowo: ergoterapia w placówce z syberyjskiego Kraju Krasnojarskiego obejmuje rękodzieło, naprawę odzieży i sprzętu rehabilitacyjnego, dekorowanie wnętrz, projektowanie krajobrazu (otoczenia placówki) i ogrodu, czyli hortiterpia. Formy i metody pracy są podobne do stosowanych w polskich domach pomocy społecznej (gry, zabawy, quizy, konkursy, składanki literacko-muzyczne, uroczystości i spotkania okazjonalne, kluby i koła zainteresowań (miłośników literatury, plastyczne, sportu i turystyki, wędkarskie, szachistów)[29].

Obwód jarosławski – przykład usług kompleksowych.

W obwodzie jarosławskim (ok. 280 km od Moskwy) od szeregu lat realizowany jest międzyresortowy program regionalny „Pomoc społeczna dla starszych obywateli", pozwalający optymalizować środowisko życia emerytów. Region ten charakteryzuje regresywna struktura wiekowa ludności – liczba osób w wieku poprodukcyjnym (25,2%) przekracza liczbę ludności w wieku przedprodukcyjnym (14,3%). Do starszych wiekiem mieszkańców obwodu jarosławskiego kierowane są liczne świadczenia i usługi socjalne. Świadczy je 58 różnych instytucji i placówek, w tym państwowe domy pomocy społecznej dla osób starszych z zaburzeniami psychoneurologicznymi, centrum gerontopsychiatryczne, regionalne centrum gerontologiczne, pensjonaty (domy opieki) dla weteranów wojennych, państwowe centra kompleksowych usług społecznych, domy dziennego pobytu. Z usług 18 pla-

27 W Polsce na 10 tys. ludności przypadało 27 mieszkańców stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej (Mały Rocznik Statystyczny 2014, GUS, Warszawa, s. 274).

28 П. Л. Каминский, *Социально-демографические аспекты модернизации социального обслуживания*. „Социальная Работа" Но 7/2014. СР 43-45.

29 Л. М. Романова, *Активное долголетие*, „Социальная Работа" Но 8/2014, СР 36-38.

cówek pobytu stałego korzysta ok. 4 tys. emerytów. Beneficjentami różnych form opieki corocznie jest kilkoro 10 tys. starszych wiekiem mieszkańców regionu. Ponadto emeryci i renciści otrzymują wsparcie w postaci zasiłków, dofinansowań, odszkodowań itp. świadczeń. W kompleksowych centrach usług socjalnych obwodu Jarosław funkcjonują „Szkoły Zdrowia", z których korzysta około 1000 emerytów. Corocznie, w „Szkołach rehabilitacji i opieki dla osób starszych i niepełnosprawnych" ok. 500 mieszkańców okolicy, których starsi wiekiem krewni doznali skutków ciężkiej choroby, może posiąść niezbędne umiejętności służące pielęgnacji i rehabilitacji prowadzonej w domu. Blisko 30% osób w podeszłym wieku uczestniczy w projektach edukacyjnych, rekreacyjnych, kulturalnych, sportowych i imprez sportowych. Od 2007 roku region jarosławski proponuje usługi socjalne dla mieszkańców obszarów wiejskich. Świadcząca je brygada „Mobilnej Służby Socjalnej" składa się ze specjalistów kompleksowego centrum usług socjalnych: pracownik socjalny, psycholog, prawnik, ratownik medyczny (felczer), fryzjer, w razie potrzeby – przedstawiciele Funduszu Emerytalnego Federacji Rosyjskiej (ПФР) i Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (ФСС)[30]. W obwodzie funkcjonuje 17 zespołów mobilnych usług socjalnych, których głównym zadaniem jest świadczenie usług dla obywateli zamieszkujących tereny ze słabo rozwiniętą infrastrukturą (pomoc społeczna, zdrowotna, prawna, psychologiczna, usługi bytowe w miejscu zamieszkania). W 2014 roku ze świadczeń skorzystało 12,6 tys. mieszkańców wsi.

Zakończenie

Problem starzenia się społeczeństwa i wzrastającego wskaźnika osób w podeszłym wieku jest znamienny dla Europy. Federacja Rosyjska nie jest odosobniona w tym demograficznym trendzie. Wypracowane założenia polityki senioralnej, wraz ze staraniami o podniesienie standardu usług socjalnych, bardziej niż w Polsce sprzężone są z systemem opieki zdrowotnej. Pracownicy socjalni Federacji Rosyjskiej dopiero zapoznają się z Europejską Kartą Socjalną, wypracowują własne rozwiązania w zakresie zawodowego kodeksu etycznego. Dostrzegają postawy roszczeniowe u odbiorców osłony socjalnej, starają się zapobiegać ich utrwalaniu, nakierowują swoją pracę na proces aktywizacji beneficjentów, poszukują innowacyjnych rozwiązań, modernizują system polityki społecznej.

Przedstawione w tekście przykłady dotyczą kilku wybranych miast i obwodów. Trudno stwierdzić, jak przedstawia się jakość działań socjalnych i opiekuńczych na ogromnych terytoriach krajów sfederalizowanych z Rosją.

30 Zob. także: М. А. Ганов, *Ради старшего поколения: „запрограммированные" резултаты...*

Senior policy in Russian Federation – some aspects

Main assumptions of senior policy system and welfare in Russian Federation were described in the article. Because of the large percentage of elder people (19,4%), the costs of social welfare have been raised as well as the families economical expenses. At the same time the family care resources, as a main source of social support, are decreasing. Solutions improving the situation of russian seniors have been introduced to the public sphere for several years. In 2014 national senior policy plan has been adopted. Through several examples services and benefits addressed to the elder have been characterized. Some of them are activities stimulating and supporting seniors efficiency in every day. There are also some services addressed to dependent, ill and disabled people.

Bibliografia

Emerytury i renty w 2013 r., GUS, Warszawa 2014.

Encyklopedia PWN, hasło: Rosja. Polityka społeczna, pobrano z: encyklopedia.pwn.pl/haslo/Rosja-Polityka-spoleczna ;4575226.html.

Europa 2020, Komisja Europejska. ec.europa.eu [Dostęp: 2.02.2015].

Global AgeWatch Index 2014, 2015 HelpAge International. www.helpage.org/global-agewatch/.

Human Development Reports 2014, New York: UNDP, 2014. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf [data publikacji: 19.02.2015].

Karyukhin E., Commentary on Russia`s domain ranks in the 2014. Global AgeWatch Index www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Russian%2BFederation [Dostęp: 02.02.2015].

Konstytucja Federacji Rosyjskiej, pobrano z: libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/Rosja-r1.html; biurowe.sejm.gov.pl/uzup/mid-112.pdf [Dostęp: 16.05.2015].

Mały Rocznik Statystyczny 2014, GUS, Warszawa 2014.

Perek-Białas J., *Wskaźniki w polityce senioralnej i w polityce aktywnego starzenia: poziom międzynarodowy i regionalny,* [w:] *Starzejące się społeczeństwo: nowe zadania dla polityk publicznych,* „Małopolskie Studia Regionalne" nr 2-3 / 31-32 / 2014.

Polska 2014 – Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2014, www.mg.gov.pl/foles/upload/8436/RoG14_20130821.pdf [Dostęp: 15.10.2015].

Pressat R., *Słownik demograficzny,* oprac. E. Frątczak i A. Ptak-Chmielewska, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2014.

Statystyki pomocy społecznej, Statystyka za rok 2013, www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-za-2013 [Dostęp: 2.02.2013].

Strona www Ministerstwa Pracy i Ochrony Socjalnej Federacji Rosyjskiej www.rosmintrud.ru/ministry [Dostęp: 16.05.2015].

Zelenova T., *Пенсионеры в России: социальная поддержка, проблемы и ожидания, EXLIBRIS* „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2015 nr 2: Social Policy and Models of Services for the Elderly International Perspective, s. 129-139.

Аверьянова М. Е., *Забота о пожилых - дело общее*, „Социальная Работа" 2014/Но 3, СР 27-30.

Ганов М. А. *Ради старшего поколения: „запрограммированные" резултаты,* „Социальная Работа" 2014/Но 5, СР 20-24.

Грачева О. Е., *Надомное обслуживание в условиях оптимизации,* „Социальная Работа" 2014/ Но 4, СР 46-48.

Демографическая политика Российской Федерации на период до 2025 года, www.rosmintrud.ru/ministry/proramms/6 [Dostęp: 15.05.2015].

Каминский П. Л., *Социально-демографические аспекты модернизации социального обслуживания*, „Социальная Работа" 2014/Но 7, СР 41-45.

Медникова А. С., *Социальная работа для пожилого человека,* „Социальная Работа" 2013/Но 6, с. 30-31.

Новожилова И.С., *Социальная политика Санкт-Петербурга в невском районе*, „Социальная Работа" 2014/ Но 3, СР 3-7.

Распоряжение Правительства РФ №2425-р от 25 декабря 2012 г. „Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации" http://www.rosmintrud.ru

Романова Л. М., *Активное долголетие,* „Социальная Работа" 2014/ Но 8, СР 36-38.

Федеральный закон № 216-ФЗ от 21 июля 2014 г. «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации». http://www.rosmintrud.ru

Федеральный закон № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». http://www.rosmintrud.ru

Федосихин А. М., *Забота о ветеранах*, „Социальная Работа" 2014/Но 4, СР 26-27.

Чернышева С.П., *Школа третего возраста: к социальной солидарности и обществу для людей всех возастов*, „Социальная Работа" 2014/Но 3, СР 22-26.

Указ Президента РФ от 21 мая 2012 г. N 636 „О структуре федеральных органов исполнительной власти". http://www.rosmintrud.ru

Dorota Nowik

Polityka społeczna i zdrowotna wobec osób starych – realizacja zadań przez państwo, ale czy skuteczne?

Wstęp

Żyjemy w społeczeństwie, które staje się coraz starsze. Rodzi się mniej dzieci, a przybywa osób starych.

Większość z nas, w przyszłości, zostanie osobami starymi. Taka jest kolej życia. Większość młodego naszego społeczeństwa uważa, że starość jest czymś niedobrym i kojarzy się z chorobami różnego rodzaju. Starzenie jest naturalnym procesem rozwojowym i stanowi jeden ze stadiów życiowych człowieka. Proces starzenia nie może zostać cofnięty ani też odwracalny. Starzenie ma ogromne znaczenie w sensie indywidualnym, społecznym i ekonomicznym. Jeszcze nie tak dawno starość była postrzegana przede wszystkim jako okres całkowitej degradacji w zakresie zdrowia, odczuwania dolegliwości somatycznych, niedołęstwa, postępującego uzależnienia od otoczenia, izolacji. Ludzie starzy czuli samotność, brak życzliwości i wsparcia.

Jak podaje Główny Urząd Statystyczny, intensywność procesu starzenia się ludności będzie zróżnicowana terytorialnie. W latach 2014-2020 i po 2035 roku spodziewany jest znaczny przyrost ludności w starszym wieku w miastach województw: dolnośląskiego, lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, pomorskiego i wielkopolskiego, podczas gdy w części miejskiej pozostałych województw tendencja wzrostowa utrzyma się przez cały okres objęty prognozą. W wyniku przewidywanych zmian, w ciągu 37 lat objętych prognozą, w większości województw wzrost udziału ludności w starszym wieku będzie oscylował w granicach od 19 do 23,7 p. proc. w trzech województwach: mazowieckim, małopolskim i pomorskim procesy starzenia będą przebiegały z mniejszą intensywnością[1].

1 Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html [Dostęp: 14.05.2016r].

Nasuwa się pytanie: Czy osoby stare mogą liczyć na odpowiednie wsparcie różnych instytucji w polityce zdrowotnej i społecznej?

Polityka wobec osób starych

Zasadniczo w literaturze przedmiotu przyjmujemy, że polityka opiera się na dwóch powiązanych ze sobą koncepcjach: polityce wobec starości i polityce wobec ludzi starych / osób starszych[2].

Politykę wobec starości rozumie się jako „ustalenie pewnych generalnych cech tej fazy życia, związanych z nią zdarzeń krytycznych i zadań życiowych"[3]. Jest to polityka społeczna, która „korzystając z wiedzy o typowych potrzebach poszczególnych faz życia człowieka i o specyficznych potrzebach poszczególnych pokoleń (z których każde nieco inaczej przeżywa poszczególne fazy) – stwarza członkom społeczeństwa warunki pełnego, optymalnego przeżywania poszczególnych faz życia i niesie pomoc w przypadku załamania się owego cyklu"[4].

Polityka wobec ludzi starych obejmuje uwzględnianie specyficznych potrzeb zbiorowości w starszym wieku, polityka wobec starości odnosi się do cech związanych z faktem, że starość jest jedną z faz w cyklu życia jednostki, ściśle powiązaną z fazami wcześniejszymi (młodości i dorosłości). Obu tym aspektom polityki społecznej odpowiadają odmienne cele i instrumenty interwencji prowadzonych przez podmioty publiczne, pozarządowe i komercyjne. Bardziej precyzyjnie – jako politykę społeczną wobec ludzi starych – określa się „działalność różnych podmiotów mającą na celu zaspokajanie potrzeb tej zbiorowości oraz kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami – dzięki ograniczaniu uzależnienia starszych od młodszych, likwidacji różnych form społecznego wykluczenia ludzi starych, sprzyjaniu ich szerokiej społecznej partycypacji oraz kształtowaniu stosunków międzypokoleniowej solidarności"[5].

Do podstawowych celów tej polityki należą m.in. reakcja na potrzeby konkretnej zbiorowości ludzi starych, żyjącej tu i teraz oparta na bieżącej diagnozie tych potrzeb, sprzyjanie samodzielnemu życiu, zapewnianie osobom starszym ważnej i stabilnej pozycji w strukturze społeczności, w której żyją, uwzględnianie zróżnicowania sytuacji i potrzeb starszego pokolenia.

---

2 B. Szatur-Jaworska, *Dwa aspekty polityki społecznej – polityka wobec ludzi starych i polityka wobec starości*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 291.

3 Tamże, s. 292.

4 Tamże, s. 293.

5 Tamże, s. 291-292.

Sądzę, że polityka wobec ludzi starych i polityka wobec starości – powinny być prowadzone razem. Powiązane są z sobą m.in. poprzez następujące dziedziny polityki społecznej: politykę zabezpieczenia społecznego (emerytury i świadczenia, pomoc społeczną), politykę zdrowotną (organizacja ochrony zdrowia, promocja zdrowego stylu życia itd.), politykę rynku pracy (opóźnianie odchodzenia z rynku pracy, pomoc bezrobotnym w uzyskaniu pracy itd.), politykę mieszkaniową (przystosowanie mieszkań do potrzeb osób starszych, programy budowy i zamiany mieszkań itd.), politykę edukacyjną (kształcenie ustawiczne, Uniwersytety Trzeciego Wieku, przygotowywanie specjalistów gerontologów), politykę kulturalną (oferta kulturalna przystosowana do osób starszych, rozwijanie aktywności w czasie wolnym w celu lepszego przygotowania do starości)[6].

Na podstawie przytoczonej definicji można wskazać te obszary zadań, które uznaje się za szczególnie ważne. Należy do nich stworzenie takich warunków egzystencji starych ludzi, w których będą oni mogli zaspokajać swoje potrzeby przy użyciu własnych środków, a w razie konieczności korzystać z niezbędnej pomocy. System usług i świadczeń wspierających samodzielność ludzi starych powinien zmniejszyć skalę ich uzależnienia od otoczenia, które w niesprzyjających okolicznościach prowadzi do marginalizacji grup ludzi starych. Wyrazem akceptacji dla potrzeb ludzi starych i rozumienia procesów społecznych zachodzących w starości ma być międzygeneracyjna solidarność. Takie podejście do polityki społecznej wobec ludzi starych zakłada skoncentrowanie jej na zapobieganiu i rozwiązywaniu kwestii społecznej ludzi starych. Polityka wobec ludzi starych może być więc traktowana jako reakcja na nasilające się problemy społeczne zbiorowości ludzi starych. Ponieważ kwestie społeczne mają charakter dynamiczny, a ich charakter może ulegać przeobrażeniom, polityka społeczna powinna dysponować możliwościami elastycznego i szybkiego reagowania na zmiany w społeczeństwie[7].

Wśród naszych polskich badaczy polityki społecznej dominuje stanowisko racjonalistyczne, w którym polityka ta rozważana jest jako racjonalna odpowiedź na przemiany w strukturze demograficzno-społecznej społeczeństwa, a także jako kształtowanie potrzeb społecznych[8].

Rada Ministrów w dniu 24 grudnia 2013 roku przyjęła uchwałę w sprawie dokumentu dotyczącego Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. W uchwale tej zostało ujęte m.in.: stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych, społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

---

6 B. Szatur-Jaworska, *Dwa aspekty polityki społecznej…*, s. 293-294.

7 P. Błędowski, *Polityka wobec osób starych – cele i zasady,* Studia BAS, nr 2(30) 2012, s. 205.

8 B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR Warszawa 2000, s. 112.

Zbigniew Woźniak określił politykę społeczną wobec starości i seniorów jako „zespół celowych działań publicznych i innych podmiotów społecznych służących tworzeniu, poprawie, a także utrzymaniu statusu społecznego, bezpieczeństwa i jakości życia osób starszych oraz możliwości ich udziału w kulturze i życiu społecznym, zwiększających szansę prowadzenia przez najstarsze pokolenie aktywnego i niezależnego życia”[9].

Podmioty polityki społecznej

Głównym i podstawowym podmiotem polityki społecznej jest tzw. publiczna władza, czyli przede wszystkim państwo. To właśnie władza ustawodawcza stanowi i wyznacza pewne ramy polityce społecznej, ona też wytycza jej podstawowe cele oraz sposób ich finansowania.

Natomiast władza wykonawcza ma za zadanie wypełnianie tych ram, przez powoływanie organizacyjnych struktur. Ona też zasila je w odpowiednie materialne środki. Do krajowych podmiotów polityki społecznej należą: Sejm i Senat, Rada Ministrów, Prezes Rady Ministrów, ministrowie. Kluczowe znaczenie dla polityki społecznej ma Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a także Ministerstwo Zdrowia.

Do podmiotów formalnych należą także m.in. Rada Gminy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Zakłady Opieki Zdrowotnej, organizacje pozarządowe, stowarzyszenie kulturalne – instytucje, organizacje mające formalną strukturę organizacyjną, których działalność jest ściśle regulowana przez prawo.

Ze względu na źródła finansowania i kryterium dostępu do świadczeń i usług instytucji polityki społecznej podmioty te można podzielić na trzy sektory:

1. Publiczny. To instytucje finansowane z budżetu państwa, budżetów samorządu terytorialnego i innych źródeł publicznych, wśród nich podmioty rządowe i samorządowe. Zasady korzystania przez obywateli z usług i świadczeń podmiotów publicznych są regulowane ustawowo – albo dostęp ma charakter powszechny (np. dostęp do szkolnictwa publicznego, dostęp do sądownictwa), albo związany jest ze spełnieniem przez obywatela określonych w przepisach warunków (np. świadczenia rodzinne), albo związany jest z opłaceniem składki (np. świadczenia z ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego) regulują go indywidualnie wydawane decyzje administracyjne.

9 Z. Woźniak, *Edukacja i poradnictwo dla seniorów jako narzędzia przeciwdziałania i wychodzenia z bezradności,* [w:]*Przeciw bezradności społecznej. Materiały II Konwencji Ruchu Przeciw Bezradności Społecznej,* Drukarnia Wydawnictw Naukowych, Kraków 2003, s. 80.

2. Rynkowy. Należą do niego podmioty, które zaspokajają ważne potrzeby społeczne, ale sprzedają na zasadach rynkowych wytwarzane przez siebie dobra i usługi, które są kupowane przez indywidualnych klientów, a niekiedy także przez instytucje. Ich działalność regulują przepisy prawa gospodarczego oraz specjalne regulacje ustawodawstwa społecznego. Dostęp do świadczeń sektora rynkowego mają ci, którzy mogą zapłacić określoną cenę. W Polsce podmiotami rynkowymi polityki wobec starości i ludzi starych są otwarte fundusze emerytalne, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, prywatne domy opieki.

3. Pozarządowy. Sektor ten jest finansowany z wielu różnych źródeł: ze środków osób prywatnych (płatności za usługi, darowizny), ze środków publicznych (dotacje z budżetu centralnego lub samorządowego, zapłata za kontrakty podpisywane z instytucjami publicznymi) i środków instytucji rynkowych. Do sektora tego zalicza się stowarzyszenia, fundacje, Kościoły i związki wyznaniowe, nieformalne grupy samopomocowe i wspólnoty sąsiedzkie. Zasady dostępu do usług trzeciego sektora określają statuty i regulaminy poszczególnych instytucji oraz powszechnie obowiązujące prawo.

W Polsce kluczową funkcję w procesie zaspokajania podstawowych potrzeb osób starych pełnią rodziny oraz publiczne podmioty polityki społecznej.

Do sektora publicznego należą bowiem instytucje zapewniające im podstawy bezpieczeństwa materialnego (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) oraz zaspokajające potrzeby zdrowotne (przychodnie, szpitale, sanatoria) i potrzeby opiekuńcze (ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze i leczniczo-pielęgnacyjne). Jeżeli chodzi o potrzeby wyższego rzędu, w obszarze edukacji, organizacji czasu wolnego i uczestnictwa w kulturze osób starych, główna rola przypada organizacjom pozarządowym. W związku z rosnącym naciskiem na to, by w coraz większym stopniu bezpieczeństwo socjalne na starość ludzie zapewniali sobie sami – dzięki indywidualnej przezorności – należy spodziewać się wzrostu znaczenia instytucji rynkowych w polityce społecznej.

Wsparcie osób starych

Każdy człowiek otrzymuje wsparcie w codziennym życiu, w sytuacji ciągłych relacji i interakcji z innymi ludźmi, ale jest ono szczególnie istotne w sytuacji osób starszych, niedołężnych, schorowanych. Ludzie starzy wymagają różnorodnych form wsparcia społecznego. W tym celu przeprowadzona musi być pełna diagnoza ich sytuacji, a zwłaszcza stanu

ich zdrowia, sprawności, warunków życia, statusu społecznego, organizacji czasu wolnego, kondycji psychicznej, samotności i osamotnienia[10].

Wsparcie społeczne należy do kluczowych terminów z zakresu współczesnej pedagogiki społecznej, psychologii społecznej, działalności terapeutycznej, promocji i ochrony zdrowia, oraz pracy socjalnej. Według Stanisława Kawuli, wsparcie społeczne oznacza wszelką pomoc na rzecz jednostki lub grupy, w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których (jednostka lub grupa) samodzielnie nie byłaby w stanie przezwyciężyć[11]. Wymienia pięć płaszczyzn wsparcia społecznego: wsparcie emocjonalne, wartościujące, instrumentalne, informacyjne i duchowe[12].

Na szczeblu krajowym za konieczną trzeba uznać koordynację celów polityki wobec starych ludzi nie tylko w obrębie całego systemu polityki społecznej, ale i z polityką dochodową.

W pierwszym przypadku chodzi o zapewnienie wewnętrznej spójności całej polityki społecznej realizowanej w państwie i uniknięcie konfliktów interesów między politykami szczegółowymi, w drugim natomiast – o taką koordynację celów, by wzajemnie się nie wykluczały. Przyjęcie założenia, że np. większość świadczeń polityki wobec ludzi starych miałaby mieć charakter odpłatny przy braku strategii podnoszenia ich dochodów (czy to przez zwiększenie wysokości świadczeń, czy to drogą zmniejszenia obciążenia podatkiem od dochodów osobistych ludności) albo bez zwiększenia nakładów na pomoc społeczną, może uniemożliwić realizację niektórych celów szczegółowych.

Cele polityki społecznej wobec ludzi starych powinny również być spójne z celami zabezpieczenia społecznego, a zwłaszcza ubezpieczenia społecznego[13].

10 B. Skałbania, *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 18.

11 S. Kawula, *Wsparcie społeczne* [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, „Żak" Warszawa 1999, s. 338.

12 Tamże, s. 338-341.

13 P. Błędowski, *Polityka wobec osób starych…*, s. 210.

Tabela 1. Zasady polityki wobec ludzi starych

Zasady polityki wobec ludzi starych	Opis zasady
Zasada subsydiarności	Jedna z podstawowych zasad we współczesnej polityce społecznej, zgodnie z którą realizacja jej celów wymaga stworzenia warunków umożliwiających wykorzystanie w pierwszej kolejności potencjału, jaki stanowi rodzina i kręgi nieformalne w otoczeniu człowieka. Podobnie można objaśnić tę zasadę w polityce wobec ludzi starych. Szczególnie w początkowym okresie starości, gdy człowiek utrzymuje jeszcze relatywnie wysoki poziom aktywności, jego środowisko jest punktem oparcia i pomocy w razie potrzeby, pozostając jednocześnie punktem odniesienia jego aktywności (np. pomoc udzielana członkom rodziny, udział w grupach samopomocowych, kontakty z osobami z dawnego środowiska zawodowego). W miarę obniżania aktywności i wzrastającego uzależnienia pojawia się potrzeba włączenia w system wsparcia dla ludzi starych kolejnych grup nieformalnych i organizacji pozarządowych, a także instytucji samorządu terytorialnego. Rola tych ostatnich polega nie tylko na organizacji rozmaitych usług, ale i udzielaniu świadczeń pieniężnych z myślą o sfinansowaniu kosztów zakupu konkretnych usług. Zastosowanie zasady subsydiarności jest uzasadnieniem przeniesienia na poziom lokalny największej części działań polityki społecznej wobec ludzi starych.
Zasada kompleksowości oceny potrzeb	Zasada akcentuje konieczność wszechstronnej analizy sytuacji ludzi starych i rozpatrywania jej pod kątem wzajemnie powiązanych ze sobą elementów, jak np. stanu zdrowia, warunków mieszkaniowych, poziomu dochodów i sytuacji rodzinnej czy zapotrzebowania na pomoc udzielaną przez osoby spoza gospodarstwa domowego. Dokonywana diagnoza potrzeb powinna mieć charakter całościowy, uwzględniający nie tylko strukturę potrzeb i ich rozmiary, ale również ocenę możliwości ich zaspokojenia przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury i udziału najbliższego otoczenia ludzi starych w procesie zaspokajania potrzeb. Kompleksowość diagnozy wymaga znacznego jej uszczegółowienia. Niezbędna jest w związku z tym indywidualizacja podejścia do sytuacji ludzi starych przynajmniej przez wyodrębnienie w ich zbiorowości grup charakteryzujących się podobnymi cechami społecznymi lub demograficznymi (np. według płci, grup wieku, miejsca zamieszkania, typu gospodarstwa domowego czy poziomu sprawności gospodarskiej). Jednym z możliwych do zastosowania kryteriów indywidualizacji świadczeń jest przynależność do grupy wieku 65 – 79 lat lub 80 lat i więcej.

Środowisko lokalne	Jej znaczenie wynika z jednej strony z omówionej wyżej zasady subsydiarności, z drugiej - z faktu, iż na poziomie lokalnym istnieją najlepsze warunki do integracji i partycypacji ludzi starych. Skuteczne włączenie starszych ludzi w realizację celów polityki społecznej wobec tej zbiorowości, a także celów polityk branżowych wymaga uprzedniej identyfikacji tych obszarów, w których działania wewnętrznie integrujące zbiorowość ludzi starych oraz tę zbiorowość z innymi grupami mieszkańców są najbardziej pilne. Lokalność jako warunek partycypacji wynika z możliwości „przełożenia" ogólnych celów polityki wobec ludzi starych na konkretne cele, odpowiadające lokalnym potrzebom i możliwościom. W tych warunkach łatwiej o udział starszych osób w formułowaniu opinii o formach działania podmiotów omawianej polityki, w realizacji ustalonych celów i kształtowaniu relacji między środowiskiem ludzi starych i innymi grupami. Działania, podejmowane z udziałem osób starszych i z myślą o tworzeniu warunków do możliwie samodzielnego zaspokajania ich potrzeb, powinny obejmować udzielanie świadczeń w formie pieniężnej, rzeczowej i usług, szeroko pojmowanej pracy socjalnej, rozwój placówek infrastruktury społecznej udzielającej świadczeń dla osób starszych oraz organizację badań naukowych i tworzenie ram prawno-organizacyjnych dla tej polityki na wszystkich szczeblach.

Źródło: P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych,* SGH, Warszawa 2002, s. 175-178.

Katalog zadań, jakie powinien wypełnić samorząd terytorialny i jego wyspecjalizowane instytucje, może być bardzo długi. Zależy to od stopnia szczegółowości przygotowanej listy. Poniżej przedstawiono przykładowe zadania gminy i powiatu w zakresie niezbędnym do zaspokajania potrzeb ludzi starych. Trzeba jednak podkreślić, że gminę i powiat obliguje stworzenie warunków do realizacji tych zadań, a nie ich realizacja.

Przyjęta do realizacji na terenie działania samorządu lista takich zadań powinna odzwierciedlać strukturę rozpoznanych i uznanych za wymagające zaspokojenia przy udziale lokalnej polityki społecznej potrzeb ludzi starych i ich rodzin. Zaspokojenie potrzeb może być po części możliwe dzięki aktywności osób starszych i ich środowiska, grup samopomocowych oraz organizacji pozarządowych. Samorząd terytorialny może przede wszystkim stworzyć warunki do realizacji potrzeb, zorganizować rynek usług społecznych oraz razem z podmiotami państwowymi regulować ten rynek, określając wymagania, jakie powinny być spełnione przez podmioty gospodarcze na nim działające. Znajduje tu w pełni zastosowanie model podziału podmiotów polityki społecznej na podmioty publiczne, organizacje pozarządowe.

Tabela 2. Przykładowe zadania polityki wobec ludzi starych, realizowane przez samorząd terytorialny

Zadania lokalnej polityki społecznej wobec starych ludzi	Właściwy szczebel samorządu
Organizacja działań integracyjnych, imprez kulturalnych, rekreacyjnych	gmina
Wspieranie organizacji pozarządowych, grup samopomocy, wolontariatu ludzi starszych i dla seniorów	gmina
Stworzenie warunków do powstania sieci instytucji oferujących usługi w zakresie organizacji dnia codziennego osobom starszym (pielęgnacja, pomoc w usługach domowych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, dowożenie gorących posiłków, zabiegi rehabilitacyjne w domu, pomoc w dokonywaniu zakupów, transport dla niepełnosprawnych, pomoc techniczna w gospodarstwie domowym, pranie)	gmina
Udzielanie świadczeń pomocy społecznej w formie pieniężnej	gmina
Zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych	gmina
Podtrzymywanie kontaktów społecznych dzięki dostosowanym do możliwości formom spędzania czasu wolnego, ofercie kulturalnej, odwiedzinom u osób niemogących opuszczać mieszkania, zapewnieniu im możliwości kontaktów telefonicznych itp.	gmina
Zapewnienie szybkiej reakcji na wiadomość o sytuacji wymagającej interwencji (doświadczeni pracownicy socjalni, możliwość transportu, możliwość wyboru najbardziej skutecznej formy pomocy)	gmina
Prowadzenie domów dziennego pobytu, klubów seniora itp.	gmina
Prowadzenie lokalnych domów pomocy społecznej	gmina
Krótkookresowa pomoc rodzinom pielęgnującym starsze osoby	gmina
Poradnictwo prawne, psychologiczne, rodzinne	gmina z pomocą powiatu
Dostosowanie mieszkań ludzi starych do ich potrzeb i poziomu sprawności	gmina z pomocą powiatu
Zapewnienie opieki geriatrycznej w systemie zakładowym (oddział w szpitalu), lub w opiece ambulatoryjnej (przychodnia specjalistyczna)	powiat
Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej	powiat

Prowadzenie domów pomocy społecznej	powiat
Wypożyczanie sprzętów do pielęgnacji (łóżka ortopedyczne, wózki inwalidzkie itp.)	powiat
Szkolenia pracowników, zwłaszcza w zakresie usług pielęgnacyjnych i utrzymywania kontaktów ze starszymi osobami	powiat
Współpraca z organizacjami pozarządowymi, koordynacja działań	powiat, gmina

Źródło: P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*…, s. 186-187.

Wyżej przedstawiona lista ma charakter przykładowy i jej celem jest wskazanie na różnorodność problemów, z jakimi borykają się ludzie starzy. Z punktu widzenia realizacji zadań samorządu terytorialnego ważnym elementem kształtującym listę problemów wymagających współdziałania ze strony polityki jest miejsce zamieszkania starszej osoby.

Gdzie mogą szukać pomocy i wsparcia osoby stare?

Zdajemy sobie sprawę z tego, że osoby stare powinny czuć się bezpieczne nie tylko we własnym domu, ale także ze strony państwa. Jednakże gdzie powinny szukać pomocy, gdy jej nie mają?

Już w art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. napisane jest: „Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej”[14]. Także w art. 30 Konstytucji czytamy: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”.

Zastanówmy się, co mówią dwa wyżej cytowane artykuły z najważniejszego dla nas dokumentu?

Pierwszy z nich mówi o sprawiedliwości społecznej…Czy naprawdę tak jest? Uważam, że nie. Gdzież jest sprawiedliwość społeczna skoro osoby stare, które na ogół są także osobami schorowanymi nie mają pieniędzy na zakup podstawowych leków. Muszą wybierać co kupić albo co opłacić? A przecież Konstytucja Rzeczypospolitej to im gwarantuje. W następnym artykule Konstytucji zapisano o niezbywalnej godności człowieka… Czyż człowiek stary nie musi kajać się przed instytucjami, aby opłaciły mu leki lub czynsz? Sądzę, że wówczas godność ludzi starych jest bardzo mocno

14 *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, dz. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483, z 2001 r. nr 28, poz. 319, z 2006 r. nr 200, poz. 1471, z 2009 r., Nr 114, poz. 946.

nadwyrężona. Przez wiele lat ciężko pracowali na swoje emerytury, za które nie mogą teraz godziwie żyć. Starajmy się zrobić jak najwięcej, aby mogli GODNIE ŻYĆ.

Za organizację opieki nad osobami starszymi w Polsce odpowiadają resorty zdrowia i polityki socjalnej. Realizacja opieki instytucjonalnej i środowiskowej jest integralną częścią pomocy w uzyskaniu przez osobę starszą niezależności w samoopiece i udzielenie jej rodzinie wsparcia w zapewnieniu opieki.

Rodzina nie zawsze jest w stanie sama zapewnić pełną pomoc sędziwym ludziom, wymaga wsparcia w swych funkcjach opiekuńczych.

Sytuacja demograficzna, starzenie się społeczeństwa, w tym tzw. podwójne starzenie związane z przyrostem populacji w najstarszych grupach wiekowych, stwarza rosnące ryzyko chorób zależnych od wieku. Zapewnienie skutecznej opieki zdrowotnej osobom starszym wymaga wielokierunkowych, zintegrowanych działań stworzenia kompleksowego systemu opieki obejmującego całodobową i dzienną opiekę geriatryczną w różnych placówkach, szybkiej diagnostyki i leczenia seniorów oraz zabezpieczenia różnorodnych potrzeb seniora w miejscu zamieszkania.

Ważny jest zatem rozwój opieki środowiskowej ambulatoryjnej i domowej, rozwój ośrodków opieki długoterminowej pielęgniarskiej, rozwój opieki socjalnej i usług opiekuńczych. W systemie ochrony zdrowia opieka nad starszym pacjentem jest prowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) przy współpracy z siecią specjalistycznych poradni i oddziałów geriatrycznych oraz oddziałów internistycznych.

Wszystkie formy zdrowotnej opieki, a zwłaszcza dwie podstawowe czyli POZ i hospicja domowe funkcjonują zarówno w zakresie państwowym, finansowane ze środków publicznych (NFZ) jak i w systemie prywatnym, finansowane ze środków prywatnych (prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych lub opłat bezpośrednich). Koszty usług w sektorze prywatnym są bardzo zróżnicowane i wahają się w szerokim spektrum w zależności od oferowanych usług.

Rozwiązywanie różnorodnych problemów zdrowotnych, społecznych, psychologicznych i innych osób starszych wymaga zaangażowania wielu środowisk i instytucji. Opieka nad ludźmi starszymi powinna być wszechstronna oraz prowadzona przez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów. Współpracując ze sobą zespół promuje korzystne zachowania zdrowotne, zapobiega chorobom, określa zasady diagnostyki i leczenia występujących schorzeń. Współdziała z chorym i jego opiekunami. Zespół współpracuje również z pomocą społeczną, samorządem i organizacjami pozarządowymi.

Podstawą działań w opiece geriatrycznej jest Całościowa Ocena Geriatryczna, której przeprowadzenie umożliwia wczesne identyfikowanie niekorzystnych zmian w stanie zdrowia i szybkie podejmowanie skutecznych

interwencji oraz planowanie leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji.

Nowoczesne podejście do opieki nad seniorem uwzględnia opiekę holistyczną, zaspokajającą złożone potrzeby starszego pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na utrzymanie funkcjonalnej niezależności seniora. Celem opieki jest poprawa stanu funkcjonalnego i jakości życia osoby starszej. Priorytetem w opiece jest podmiotowość i autonomia osoby starej, rozumienie pacjenta jako całości funkcjonującej w różnych sferach.

Profesjonalne podejście, zgodne z założeniami współcześnie rozumianej geriatrii powinno charakteryzować się koncentracją na problemie w przebiegu wielu chorób będących udziałem starszych pacjentów szczególnie tzw. starych starych, a nie na pojedynczej chorobie[15].

System pomocy społecznej w opiece nad seniorem

Szczegółowe wytyczne dotyczące realizacji działań w ramach pomocy społecznej reguluje ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej Dz. U. z 2013 r., poz. 182 j. t., a także Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych[16] i Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej[17].

Celem działania pomocy społecznej jest wspieranie jednostek i rodzin w trudnych sytuacjach życiowych oraz stwarzanie warunków odpowiadających godności człowieka.

Pomoc polega m.in. na przyznawaniu i wypłacaniu świadczeń pieniężnych (zasiłek stały, okresowy lub celowy), pracy socjalnej, organizowaniu infrastruktury socjalnej, diagnozowaniu i analizowaniu sytuacji stwarzających zapotrzebowanie na pomoc społeczną oraz realizowaniu konkretnej pomocy, rozwijaniu nowych form pomocy społecznej a także samopomocy w sytuacjach zaistnienia tego typu potrzeb również w formie rzeczowej występuje w przypadku świadczeń udzielanych w ramach pomocy zakładowej, czyli w domach pomocy społecznej lub w placówkach półstacjonarnych, np. w dziennych domach pobytu.

Zgodnie z najnowszym Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej, wyróżnia się następujące typy domów:

– dla osób w podeszłym wieku,
– dla osób przewlekle somatycznie chorych,
– dla osób przewlekle psychicznie chorych,

---

15 http://www.geriatria.ckppip.edu.pl/dokumenty_ger/DlaOrganizatorow/Materialy_dydaktyczne/Materia%C5%82y%20Dydaktyczne.pdf [Dostęp: 14.05.2016].

16 Dz. U. nr 189, poz. 1598, z 2006 r. nr 134, poz. 943.

17 Dz. U. 2012 r. poz. 964.

- dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

Jak wynika z powyższego zestawienia, osoby starsze mogą zamieszkiwać w pięciu z sześciu wymienionych typach domów pomocy społecznej. Rozporządzenie określa szczegółowo warunki, jakie muszą zostać spełnione, by dom pomocy społecznej został wpisany na listę wojewody i mógł udzielać świadczeń na warunkach określonych w ustawie o pomocy społecznej. Poza domami pomocy społecznej istnieje możliwość oferowania zamieszkania w rodzinnym domu pomocy[18].

Podsumowanie

Polityka wobec starzenia się społeczeństwa i wobec osób starych musi być prowadzona w sposób bardzo elastyczny, przy uwzględnieniu nierównomiernego tempa procesu starzenia się ludności.

Coraz częściej słyszy się, że działania na rzecz osób starszych powinny uwzględniać zasadę rozpatrywania okresu starości w kontekście wszystkich poprzednich faz rozwoju człowieka[19]. Dzisiaj, opierając się na posiadaej wiedzy, nie musimy być bierni wobec tego problemu.

Przede wszystkim osoby pracujące z ludźmi starymi powinni posiadać profesjonalne wykształcenie i znać specyfikę tego wieku życia oraz powinni być przygotowywane do pomocy w zaspokajaniu potrzeb tych ludzi. Pomóc im godnie przejść życie, które im jeszcze zostało.

Potrzebujemy zatem polityki – świadomego, celowego działania z myślą o osobach starych, ale na tle potrzeb i związanych z tym priorytetów dotyczących całego społeczeństwa. Musi ona wykraczać swoim zakresem poza politykę społeczną. Politykę wobec starzenia się można zdefiniować jako system działań, mających rozwiązać lub ograniczyć problemy związane ze wzrostem w społeczeństwie odsetka ludzi starych. Do problemów tych należą przede wszystkim zagadnienia związane z funkcjonowaniem rynku pracy, systemu zabezpieczenia społecznego, a w tym zwłaszcza ochrony zdrowia, ubezpieczenia społecznego i pomocy społecznej, edukacją i przygotowaniem do starości w kontekście zwiększającego się odsetka osób starych w społeczeństwie. Polityka wobec starzenia się społeczeństwa jest nastawiona raczej na identyfikacje kwestii i problemów społecznych związanych ze

18 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. z 26 czerwca 2012 r. poz. 719).

19 M. Dudek, *Terapia rodzin w świetle wybranych koncepcji teoretycznych*, [w:] M. Dudek (red.), *Wsparcie rodziny dysfunkcyjnej. Studium monograficzne*, Toruńska Szkoła Wyższa, Toruń 2009.

zmiana struktury demograficznej i potencjalnie wynikającymi stąd napięciami społecznymi oraz trudnościami o charakterze ekonomicznym.

Rozwijają się instytucje, których celem jest niesienie pomocy i wsparcia dla osób starych, ale przed naszym państwem jest jeszcze sporo pracy i wysiłku, aby móc pomagać osobom starym w sposób umiejętny i satysfakcjonujący.

Social and health policy towards the elderly – fulfillment of tasks by the state, but is it effective?

In our sociaty there are more and more old people who need help and support from the state not only financial, but also an access to the better medical care and care. The family members of the elderly most often are professionally active and are not able to care for their loved ones. They should be helped and given support so as not to let them feel lonely or abandoned.

The state took on some of the duties of assistance. The task of the state is primarily the creation of appropriate institutional and legal framework for the implementation of social policy towards the elderly and real as well as effective rules for its financing.

Bibliografia

Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Wydawnictwo Szkoła Główna Handlowa SGH, Warszawa 2002.

Błędowski P., *Polityka wobec osób starych – cele i zasady,* Studia BAS, nr 2(30) 2012.

Dudek M., *Terapia rodzin w świetle wybranych koncepcji teoretycznych*, [w:] M. Dudek (red.), *Wsparcie rodziny dysfunkcyjnej. Studium monograficzne*, Toruńska Szkoła Wyższa, Toruń 2009.

Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050,* http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html [Dostęp: 14.05.2016].

Halicki J., *Wyłączenie się jako czynnik ryzyka niepomyślnego starzenia się,* „Edukacja Dorosłych", nr 3/2004.

Halicki J., *Zastosowanie teorii kompetencyjnej do edukacji seniorów,* „Edukacja Dorosłych", nr 2/1997.

Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starszych w świetle badań jakościowych,* „Gerontologia Polska", nr 10(3)/2002.

Kachaniuk H., *Organizacja Opieki Geriatrycznej, Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego, Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego* http://www.geriatria.ckppip.edu.pl/dokumenty_ger/DlaOrganizatorow/Materialy_dydaktyczne/Materia%C5%82y%20Dydaktyczne.pdf [Dostęp: 14.05.2016].

Kawula S., *Wsparcie społeczne* [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, „Żak",Warszawa 1999.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483, z 2001 r. nr 28, poz. 319, z 2006 r. nr 200, poz. 1471, z 2009 r., nr 114, poz. 946.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 27 sierpnia 2012 r. poz. 964).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. z 26 czerwca 2012 r. poz. 719).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekunczych (Dz. U. 189, poz. 1596, z 2006r. nr 134, poz. 943).

Skałbania B., *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień,* Oficyna Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.

Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR Warszawa 2000.

Szatur-Jaworska B., *Dwa aspekty polityki społecznej – polityka wobec ludzi starych i polityka wobec starości*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo ASPRA-JR, Warszawa 2006.

Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013r. poz. 182).

Woźniak Z., *Edukacja i poradnictwo dla seniorów jako narzędzia przeciwdziałania i wychodzenia z bezradności,* [w:] *Przeciw bezradności społecznej. Materiały II Konwencji Ruchu Przeciw Bezradności Społecznej,* Drukarnia Wydawnictw Naukowych, Kraków 2003.

Część III
Starość – przeżyć

Olga Czerniawska

Pamięć serca

Czytając uzasadnienie wyboru tematyki – Niepełnosprawna starość, sens i bezsens choroby – i przywołania osoby Profesora Brunona Synaka stwierdziłam, że podobnym, choć innym przykładem choroby i utraty sprawności fizycznej jestem ja. Proces starzenia się i starości jest okresem po chorobie – wylewie, którzy przeżyłam w 1998 roku w wieku 58 lat. Po tym wydarzeniu żyję już innym życiem, z ograniczoną sprawnością fizyczną, napisałam książkę profesorską, uczestniczyłam w projekcie „Staże przygotowania do emerytury" w Lyonie. Odbyłam kilka podróży zagranicę – na Kongresy AIUTA , samodzielnie do Hiszpanii, Finlandii i Niemiec oraz na inne w towarzystwie wnuczka do Kanady i Chin, wnuczki do Francji i Portugalii. Czternaście lat po przejściu na emeryturę pracuję w AHE. Dzięki współpracownikom uczestniczę w konferencjach w kraju, w projektach badawczych prowadzonych pod moim kierownictwem i prof. Matine Lani-Bayle z Nantes. Jestem niesprawna, ale częściowo sprawna. Ważną rolę w moim życiu odgrywa pamięć, pamięć serca.

Czym jest pamięć serca? Jest to koncepcja, która powstała we francuskiej gerontologii społecznej, sformułowana przez Helene Reboul (1973). Autorka ta – profesor Uniwersytetu Lyon 2, organizatorka studiów z gerontologii dla studentów młodzieżowych i dorosłych równocześnie na Uniwersytecie, staży przygotowania do emerytury, czynna w Międzynarodowym Ruchu Uniwersytetów Trzeciego Wieku, przedstawiała starość i proces starzenia się jako proces w dużej mierze subiektywny, choć miała świadomość zmian biologiczno-fizycznych dokonujących się w organizmie człowieka[1].

Pamięci serca potrzeby wsparcia, zachęty. Wsparcie otrzymuję od ludzi bliskich, od rówieśników. Bowiem pamięć serca można postrzegać na tle teorii stratyfikacji społecznej i kohort wieku, ale także teorii gerotranscendencji – ucieczki od wspomnień, rozmyślań, rozważań, historii przez duże H, to przeżycia związane z przeszłością, w której uczestniczyliśmy. Powrót do zapomnianych faktów i wydarzeń wywołują rocznice – np. I wojny światowej, powstań, II wojny światowej. Muzea, miejsca pamięci, filmy i książki historyczne, fotografie, odwiedzane miejsca, cmentarze, obozy

1 H. Reboul, *Projet pour vivre*, Lyon 1963.

zagłady. Nagle usłyszane nazwiska, informacje, oglądane przedmioty, jak mundury, sztandar, manierka, plecak itd., itp.

Otwieramy szuflady pamięci, jak to określa D. Demetrio i odtwarzamy ze szczegółami wydarzenia, kolor i fason munduru, sposoby przygotowywania posiłków, ubioru, zakładania onuc na nogi, wysokich butów i sposobu ich zdejmowania przy pomocy „pieska". Pamięć przywraca świat zapomniany, który zniknął. Pozwala odbudować jego ramy i zapełnić je treściami, obrazami, dźwiękami, zapachami i smakami. Pamięć serca dotyczy rodziny, historii osobistej przez małe „h", odtwarza genealogię rodziny, nasze środowisko życia. Mogą powstawać luki, których nie można zapełnić po śmierci bliskiej osoby. Tracimy źródło wiadomości, jeśli zachowały się fotografie, listy, zapiski w pamiętniku, to jest to wiedza zgubna, tworząca bolesną lukę. Wokół pamięci serca powstają działania jak – opracowanie genealogii rodziny, przepisy kuchni rodzinnej, tradycyjnej, albumy zdjęć, filmy z historii rodziny, kolekcje pamiątek.

Prowadzone wywiady biograficzne na temat dzieciństwa osób sześćdziesięcioletnich, siedemdziesięcioletnich i osiemdziesięcioletnich ukazywały obraz dzieciństwa narratorów w okresie międzywojennym od I wojny światowej do II wojny światowej, dramatyczne przeżycia na wygnaniu. „Ego sum, qui memini ego animus" określa taką pamięć jako „obszerne ustronie". Jest to bliskie określeniu D. Demetrio „wysp pamięci"[2].

Powróćmy do pamięci serca – dotyczy ona ludzi starszych i dlatego trzeba ją określić jako pamięć długotrwałą, biograficzną, dotyczącą przeszłości, cechują ją elementy występujące w pamięci zmysłowej, fotograficzna doskonałość, zapamiętywanie smaków i zapachów.

Pamięć serca przenosi nas do sytuacji z dzieciństwa, młodości, do miłych chwil w życiu, do kontaktów z ukochanymi osobami, ciepłych relacji, miłych dotyków aksamitu, batystu, jedwabiu, do zapomnianych smaków poziomek, koszteli, mandarynek, ulubionych cukierków grylażowych czy kocich łapek z skórką pomarańczową[3].

Pamięć serca występowała w badaniach biograficznych, gdy osoby siedemdziesięcioletnie i osiemdziesięcioletnie pytaliśmy o ich dzieciństwo, drogi edukacyjne, a następnie ważne wydarzenia osobiste i społeczne[4]. Przedstawiali z dużym zaangażowaniem emocjonalnym swoje dzieciństwo, choć często było tragiczne, przeżyte na Syberii, w Kazachstanie lub w III Rzeszy na robotach. Można mówić o mapach biograficznych w pamięci. Z dokładnością pamięta się zakręty, mosty, bramy, podwórza, drzwi i kwitnące drzewa. Mówili z uczuciem o dobrych momentach, cieple ogni-

2 D. Demetrio, *Pedagogika pamięci*, Łódź 2007.

3 O. Czerniawska (red.), *Pamięć: zjawiska zwykłe i niezwykłe*, Warszawa 2005.

4 T. Matuszewski, *Pamięć autobiograficzna*, Gdańsk 2005; O. Czerniawska, *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Łódź 2000.

ska, bogactwie lasów, stepów i rzek w Rosji, dobroci napotkanych ludzi. Pamiętali szczegóły. I tu trzeba stwierdzić, że w pamięci serca można wyróżnić historię przez małe „h" – dotyczy ona narratora i jego rodziny, a przez duże „H" – kraju, społeczeństwa i innych osób[5].

Pamięć serca można odnaleźć w teoriach gerontologicznych. Można stwierdzić, że łączy się z teorią stratyfikacji społecznej. Każda kohorta wieku posiada własne doświadczenia wynikające ze struktury społecznej i zdarzeń[6].

Mieszkanie na Kresach Wschodnich, w miastach na ziemiach utraconych po II wojnie światowej spowodowało powstanie grupy ludzi wysiedlonych z tych ziem, a głęboko przywiązanych do miejsc urodzenia i pochodzenia. Ich pamięć serca jest stale żywa. Powoduje ona dążenie do zachowania żywej pamięci o Lwowie, Wilnie, Grodnie, Stanisławowie, Trembowli i innych miejscowościach. Dlatego dawni mieszkańcy tych miast organizują stowarzyszenia i spotykają się i opowiadają o nich. Prowadzą rozmowy przypominając sobie trasy spacerowe, znane sklepy, ulice, kościoły, cmentarze, parki itd.

Uczestnicząc w spotkaniach Towarzystwa Przyjaciół Wilna obserwowałam jak funkcjonuje pamięć serca, jak wspólnie idą ulicami miasta, mijają przecznice głównej ulicy Alei Mickiewicza, plac Katedralny, Katedrę, jak idą na cmentarz, na Rosę i zatrzymują się przy grobie Matki Marszałka Piłsudskiego. Ta pamięć serca jest pamięcią historyczną kohorty wieku sześćdziesięciolatków, siedemdziesięciolatków, osiemdziesięciolatków i nawet dziewięćdziesięciolatków. Czy może się zdarzyć taka wspólna pamięć serca? Dotyczy ona absolwentów szkoły cieszącej się opinią ważnej placówki wychowawczej, członków drużyny harcerskiej, Duszpasterstwa Akademickiego. Pamięć serca jest także pamięcią historyczną. Dotyczy żołnierzy Powstania Warszawskiego, uczestników II wojny światowej, jeńców wojennych, więźniów obozów koncentracyjnych, osób internowanych, w czasach Solidarności, uczestników ruchów konspiracyjnych i innych.

Ja przeżyłam inny przypadek pamięci serca. W 2012 roku, w trakcie pobytu w Busku, spacerowałam po parku i siedząc na ławce usłyszałam rozmowę na temat wsi kaszubskiej – Osłonino. Włączyłam się w rozmowę. Zapytałam o tę wieś, ponieważ spędziłam tam lata przed II wojną światową. Okazało się, że mówiąca o niej osoba też swoje dzieciństwo łączy z Osłoninem, tylko jest to czas po II wojnie światowej. Poczułyśmy się sobie bliskie choć nieznajome. Opowiadałyśmy o drogim jej sercu, o plaży z głazami narzutowymi, ciepłym morzu w zatoce, spacerach. Pytałam ją o figurę św. Antoniego w ogrodzie przy drodze, o Zamek z parkiem i sadem, o stadninę

5 O. Czerniawska, *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*; tejże, (red.), *Pamięć: zjawiska zwykłe i niezwykłe*, Warszawa 2005.

6 B. Tryfan, *Wiejska starość*, Warszawa 1993.

koni. Wspólnie ustaliłyśmy co pozostało z dawnego Osłonina, a co uległo zmianie. Przeżycie to ukazało mi jeszcze jeden wymiar pamięci serca. Okazało się, że może okazać się wspólna nawet jeśli jest odległa w czasie, a wywołują ją i łączą podobne przeżycia i upodobania. Myślę, że podobne pamięci serca, poczucie bliskości, wspólnoty mają absolwenci tej samej szkoły czy członkowie drużyn harcerskich. A obecnie uczestnicy pielgrzymek Papieża Jana Pawła II.

Pamięć serca w wymiarze historii przez duże „H" jest czynnikiem inspirującym działania społeczne, równocześnie wzmacniające tożsamość. Staje się głównym elementem aktywności i budzi poczucie tożsamości jednostki. Nie przestaje się być człowiekiem Ruchu Ludowego, tego od Stanisława Mikołajczyka, członkiem Solidarności, działaczem konspiracji AK czy WiNu. Pozostaje się byłym więźniem obozu koncentracyjnego, gestapo, czy UB. Jest się Powstańcem Warszawskim i więźniem łagrów Sowieckich. Pamięć przeżyć do nas powraca stale i skłania do wypowiedzi, pisania, udziału w uroczystościach. Pamięć historii przez małe „h" zachęca do opracowania genealogii rodziny, pisania pamiętników.

Nie zapomina się zapachu perfum rodziców, sklepu tzw. kolonialnego, w którym sprzedawano owoce, czekoladę i kawę. Zapachu pieczonego ciasta na święta i smaków owoców, potraw gotowanych w domu rodzinnym. Zmysłowa pamięć smaków i zapachów jest zdumiewająca i zaskakująca. Jest miłym doznaniem. Chętnie ją przywołujemy, wzrusza nas i cieszy, cofa czas. Jest elementem pojęcia „Nasze Czasy". Wydaje nam się, że nie ma już takich jabłek jakie były w czasie naszej młodości czy dzieciństwa i pewnie jest to zasadne stwierdzenie, bo niektóre gatunki owoców wyginęły, nie uprawia się ich. Nie ma takich materiałów jak batyst, kreton.

Myśląc o innych powiązaniach pojęcia pamięci serca z teorią gerontologiczną można przywołać teorię fenomenologiczną, w której podkreśla się jednostkowy, indywidualny proces starzenia się i teorie gerotranscendentalne zwracając uwagę na skłonność do rozmyślań, analizy życia, wewnętrznej aktywności[7].

O pamięć serca trzeba dbać. Podlega ona bowiem procesom typowym dla pamięci w starszym wieku. Zmienia się pamięć dyspozycyjna, zapominamy nazwiska i nazwy miejscowości, ulic, imiona znajomych. Trzeba niektóre szczegóły zapisywać, sprawdzać, powtarzać. Porządkować, układać w ciągi chronologiczne i tematyczne. Można pisać wspomnienia i pamiętniki. Taki tok postępowania proponują francuscy gerontolodzy np. V. Cardal zachęca do dbania o sprawność i samodzielność. Starość jest zadaniem, a ponieważ pamięć serca stanowi jej istotny element, skarb, trzeba dbać o nią i ją zabez-

7 M. Malec, *Gerontranscendencja – teoria pozytywnego starzenia się. Założenia i znaczenie.* „Dyskursy Młodych Andragogów", 2012, nr 13.

pieczyć. Szczególnie, jak pisze D. Draaisme życie płynie szybciej, gdy się starzejemy, a wspomnienie jest jak pies, który kładzie się, gdzie zechce. Jak pies aportuje rzucany mu przedmiot, tak pamięć nagle przynosi wspomnienia, które dawno wyparliśmy z pamięci, których nie chcemy pamiętać.

Nie będę omawiać badań i eksperymentów mających na celu poprawę pamięci. Zakończę stwierdzeniem, że pamięć serca jest wartością, o którą trzeba dbać, trzeba ją pielęgnować i cierpliwie wspierać. A cierpliwość dotyczy otoczenia, które może być serdecznie znudzone opowieściami o dawnych czasach i przeżyciach narratora. Słuchanie tych opowieści jest ważnym elementem opieki i wsparcia osoby starszej. Słuchając tych narracji możemy zadumać się i zadziwić jak są szczegółowe, jak zapamiętane zostały kształty i barwy odznaczeń, mundurów, ubrań, wystroje wystaw. Bądźmy wyrozumiali i cierpliwi wysłuchując po raz n-ty opowieści. Wspomnienie jest jak pies, siada, gdzie chce i merda ogonem[8].

Memory of the Heart

The article is dedicated to the issue of memory of the heart - a concept developed by Helen Reboul. The memory of the heart takes us to the situation of childhood, youth, for nice moments in life, contact with loved ones, warm relationships, etc. It is a factor inspiring social activities, while reinforcing identity. Applies to every human being, but in special way is characteristic for the elderly. Author refers to various theoretical approaches, on the basis of which describes peeled issue. The value of the presented text is a reference to the author's own experiences indicate that in seniors' everyday life, memory of the heart often makes itself visible. The final part of the text is a form of appeal primarily addressed to the younger generation, which should show patience in listening to the seniors' stories who often have a need to share with others what their hearts of the memory suggests.

Bibliografia

Czerniawska O., – *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Łódź 2000.
Czerniawska O., – *Nowe drogi w andragogice i gerontologii*, Łódź 2001.
Czerniawska O., - red. *Pamięć: zjawiska zwykłe i niezwykłe*, Warszawa 2005.
Demetrio D., – *Autobiografia. Terapeutyczny wpływ pisania o sobie*, Kraków 2000.
Demetrio D., – *Pedagogika pamięci*, Łódź 2009.

8 D. Draaisme, *Dlaczego życie płynie szybciej gdy się starzejemy*, Warszawa 2001.

Draaisme D., - *Dlaczego życie płynie szybciej gdy się starzejemy*, Warszawa 2001.
Leksykon, (red.), B. Milewski i B. Śliwerski, Warszawa 2000.
Malec M., – *Gerontranscendencja – teoria pozytywnego starzenia się. Założenia i znaczenie.* „Dyskursy Młodych Andragogów", 2012, nr 13.
Matuszewski T., – *Pamięć autobiograficzna*, Gdańsk 2005.
Okoń W., – *Encyklopedia pedagogiczna* 1975.
Reboul H., – *Projet pour vivre*, Lyon 1963.
Stuart-Hamilton J., – *Psychologia starzenia się*, Poznań 2006.
Tryfan B., – *Wiejska starość*, Warszawa 1993.

Piotr Czekanowski

Osamotnienie starych[1] mieszkańców Gdańska – kwestie metodyczne oraz zaistniałe zróżnicowania

Wprowadzenie

Jednym z zadań, które stawiamy przed naukami współtworzącymi gerontologię społeczną, takimi jak socjologia starości[2], jest realizacja badań pozwalających poznawać dogłębnie sytuację życiową osób starych. Dzięki analizie pozyskanych w ich efekcie wyników możemy dokonywać np. empirycznej weryfikacji opinii, które w potocznym odbiorze mają związek z funkcjonowaniem człowieka w okresie starości. Jednym z takich rozpowszechnionych poglądów był i jest nadal ten, według którego niemal każdy człowiek stary to człowiek, który często odczuwa osamotnienie (inaczej – doświadcza tzw. samotności psychicznej). Zadaniem badaczy – jak i piszącego te słowa – staje się w takim przypadku sprawdzenie, na ile ten obiegowy sąd odpowiada rzeczywistej skali odczuć doświadczanych przez ludzi zaawansowanych wiekiem oraz co wpływa na poziom i częstotliwość odczuwanego przez nich osamotnienia. Zauważmy jednak, że w krajowych publikacjach z zakresu nauk społecznych, problematyka badawcza związana z osamotnieniem – i to nie tylko tym odczuwanym przez

1 W artykule zamiennie stosowane są określenia typu ludzie starzy, osoby starsze, osoby zaawansowane wiekiem czy ludzie zaawansowani w latach. Zwracam jednak uwagę, że w ostatnich latach nasiliła się – także w Polsce – dyskusja na temat stosowności (czy poprawności) używania wyrażeń w rodzaju ludzie starzy, osoba stara czy starość [zob. np. B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości,* Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014]. Szczegółowe argumenty przemawiające za tym, aby nadal posługiwać się określeniami takimi jak ludzie starzy (bez wartościowania tego pojęcia) przedstawiłem w swoich wcześniejszych publikacjach (por. P. Czekanowski, *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2012, zwłaszcza rozdział 3.1.3: *Nieprecyzyjność pojęć określających człowieka starego*, s. 100-107 oraz P. Czekanowski, *Wieloznaczność określeń odnoszonych do ludzi starych*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach…*, s. 52-59.

2 Więcej na temat obecnego stanu gerontologii społecznej, kierunków jej rozwoju oraz znaczenia socjologii starości w tym procesie – zob. P. Czekanowski, *Społeczne aspekty…*,, s. 36-92; tenże, *Socjologia starości jako subdyscyplina socjologii* [w:] D. Rancew-Sikora, C. Obracht-Prondzyński, M. Kaczmarczyk, P. Czekanowski (red.), *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia. Szkice socjologiczne i gerontologiczne. Księga dedykowana prof. Brunonowi Synakowi*, Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie, Gdańsk 2013, s. 325-346.

osoby stare – pojawia się wciąż jeszcze niezbyt często, a pełniejsza wiedza w tym zakresie jest od lat niewystarczająca. Poszukując przyczyn tej zbyt małej – zwłaszcza w okresie wcześniejszym – liczby badań i prac poświęconych odczuwaniu osamotnienia warto sięgnąć do spostrzeżeń M. Szyszkowskiej[3]. Zdaniem tej autorki, niezadowalającą liczbę rozpraw dotyczących takich zagadnień, jak osamotnienie, cierpienie czy sens życia można wytłumaczyć tym, że tego typu kwestie były uznawane za „nienaukowe". Według M. Szyszkowskiej, silne w Polsce tradycje filozofii pozytywistycznej sprowadziły zasygnalizowane problemy na margines, czyniąc je wręcz wstydliwymi. Na brak badań na temat częstotliwości występowania osamotnienia, źródeł jego powstawania jak i sposobów jego przezwyciężania stosunkowo niedawno, bo jeszcze w połowie lat 90. XX wieku, zwracał uwagę L. Dyczewski[4]. Śledząc z kolei te najbardziej współczesne opracowania naukowe ukierunkowane na diagnozowanie tego typu kwestii można już jednak odnieść wrażenie, że zasygnalizowany wyżej wstyd zaczynamy w naszym kraju przełamywać, chociaż dzieje się to wciąż powoli[5]. Upominając się zatem o większą liczbę badań poświęconych osamotnieniu chcę od razu podkreślić, że rozpoznawanie tego typu odczuć doświadczanych przez ludzi zaawansowanych wiekiem nie jest zadaniem prostym i stanowi dla badacza spore wyzwanie[6]. Dzieje się tak m.in. ze względu na problemy, które odnoszą się zarówno do definiowania samego pojęcia, jak i do możliwości oraz sposobów pomiaru kryjących się za nim przeżyć. Nie zagłębiając się zbytnio w tym artykule w kwestie teoretyczne i metodyczne warto zwrócić jedynie uwagę na to, że chcąc zdefiniować osamotnienie należy zastanowić się nad tym, czy posiada ono swoje indywidualne, specyficzne cechy czy jest ono terminem, którego możemy używać zamiennie chociażby z pojęciem samotność (jak to ma często miejsce w mowie potocznej), czy takimi określeniami, jak izolacja bądź odosobnienie. Jak okazuje się, duża liczba autorów zajmujących się tą problematyką w odniesieniu do ludzi starych badawczo, takich, jak J. Piotrowski, A. Kotlarska-Michalska, P. Czekanowski, E. Dubas, P. Szukalski, P. Kubicki

---

3 M. Szyszkowska, *Ucieczki od samotności i osamotnienia*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Samotność i osamotnienie*, IWZZ, Warszawa 1998, s. 40.

4 L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1994, s. 87.

5 Moją opinię o nadal występujących brakach na tym polu potwierdzają spostrzeżenia realizatorów I Ogólnopolskiej Konferencji Monoseologicznej zatytułowanej „Humanistyka wobec fenomenu samotności", która odbyła się w Toruniu w 2005 roku. Za jeden z najistotniejszych powodów jej przygotowania organizatorzy uznali brak (lub – łagodniej to określając – niedostatek i słabe rozpowszechnienie) „odpowiednich opracowań naukowych, które wydatnie pomogłyby ów problem zrozumieć i mu zaradzić" (zob. P. Domeracki, W. Tyburski, *Wprowadzenie,* [w:] P. Domeracki, W. Tyburski (red.), *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne,* Wydawnictwo UMK, Toruń 2006, s. 10.

6 Zob. np. P. Czekanowski, *Społeczne aspekty…*, zwłaszcza rozdział 3.3: *Samotność i osamotnienie jako przykład trudności badawczych,* s. 125-143.

i M. Olcoń-Kubicka czy B. Szatur-Jaworska wskazuje w swoich opracowaniach[7] na specyfikę osamotnienia i zazwyczaj wyraźnie odróżnia osamotnienie od samotności. W przypadku definiowania osamotnienia, autorzy ci podnoszą zazwyczaj to, że jest ono odczuciem subiektywnym, psychicznym i przykrym, w przeciwieństwie do samotności uznawanej w większości przypadków za stan obiektywny – fizyczny. Proponuję zatem przyjąć[8], że osamotnienie (samotność psychiczna) wyraża subiektywne i przykre, psychiczne odczucia człowieka, związane z utratą[9] bądź brakiem istotnej osoby lub/i rzeczy[10], sytuacji czy wartości, które uzależnione są ponadto od stopnia indywidualnych oczekiwań w stosunku do tych osób, rzeczy, sytuacji i wartości. Z kolei samotność traktuję jako obiektywny, fizyczny stan jednostki, wskazujący na bycie (przebywanie) samemu ze względu na brak bezpośrednich kontaktów[11] z innymi osobami (rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami, znajomymi, i innymi). Samotność w takim ujęciu winna być zatem postrzegana jako sytuacja, która odzwierciedla jedynie wymierne fakty pozostawania człowieka w pojedynkę, bez wskazywania na wypływające z nich poten-

7 Zob. np. J. Piotrowski (przy współpracy J. Kordosa, D. Kozińskiej, A. Lisowskiego, J. Nadolskiego, J. Staręgi), *Miejsce człowiek starego w rodzinie i społeczeństwie,* PWN, Warszawa 1973; A. Kotlarska-Michalska, *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 1990; P. Czekanowski, *Pojęcia i wskaźniki dotyczące osamotnienia osób w starszym wieku*, [w:] J. Staręga-Piasek, B. Synak (red.), *Społeczne aspekty starzenia się i starości*, CMKP, Warszawa 1990; P. Czekanowski, *Osamotnienie ludzi starych i czynniki je różnicujące,* Niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 1993; P. Czekanowski, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość,* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002; P. Czekanowski, *Społeczne aspekty…*, E. Dubas, *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia,* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2000; E. Dubas, *Samotność i osamotnienie w świetle dyskusji grupowej (w wypowiedziach uczestników Stowarzyszenia Seniorów „Nie jesteś sam" Osiedla Stoki w Łodzi,* [w:] B. Juraś-Krawczyk (red.), *Przygotowanie do życia na emeryturze. Kształcenie wykładowców w ramach współpracy Uniwersytetu Łódzkiego i Uniwersytetu Lumiére*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2000; P. Szukalski, *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*, „Auxilium Sociale" nr 2(34) 2005; P. Kubicki, M. Olcoń-Kubicka, *Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku, „Studia Humanistyczne AGH",* t. 8 2010; B. Szatur-Jaworska, Formy życia rodzinnego ludzi starych, „Polityka Społeczna". Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce,* PolSenior, 2011; B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.

8 Por. P. Czekanowski, *Społeczne aspekty…*, s. 130-132.

9 Utrata w tym przypadku oznaczać może również zmniejszenie liczby kontaktów z innymi osobami lub pogorszenie jakości kontaktów z nimi. Wystąpienie tego typu zmiany doprowadza z dużym prawdopodobieństwem do wywołania lub nasilenia stopnia odczuwanego osamotnienia zakładając, że wcześniej ilość lub jakość posiadanych kontaktów była satysfakcjonująca.

10 Do rzeczy w tym ujęciu zaliczam również stworzenia żywe, jak np. zwierzęta.

11 Mam świadomość, że w dzisiejszej, medialnej rzeczywistości coraz trudniejsze staje się sprecyzowanie tego, co kryje się za określeniem „brak bezpośrednich kontaktów".

cjalne konsekwencje. Przedstawiając obie powyższe propozycje terminologiczne wiem, że mogą one wzbudzać rozmaite wątpliwości, od których sam nie jestem do końca wolny[12]. Zwróćmy bowiem uwagę, że u innych autorów treści kryjące się za określeniami samotność i osamotnienie bywają potraktowane odmiennie od zasygnalizowanych powyżej, a niekiedy omawiane terminy przyjmują znaczenie wręcz odwrotne. Dla przykładu można tu podać opracowania J. Rembowskiego[13], w których autor – uogólniając – definiuje samotność (a nie osamotnienie) jako złożone i wielowymiarowe psychospołeczne doświadczenie człowieka, które stanowi dla jednostki uczucie nieprzyjemne, ale w jednej ze swoich wcześniejszych publikacji[14] autor ten – opisując tego samego typu odczucia – posługiwał się jeszcze terminem osamotnienie[15]. Jak widać zatem, w literaturze przedmiotu napotykamy na różnorodność podejść, a czasami wręcz na pewną niekonsekwencję terminologiczną, która nierzadko utrudnia – zwłaszcza na początku procesu wymiany informacji – wzajemne zrozumienie się osób zajmujących się samotnością i osamotnieniem, co jednak nie oznacza, że któreś z zasygnalizowanych wyżej ujęć terminologicznych jest poprawniejsze od drugiego. W zaistniałej sytuacji proponuję potraktować wspomnianą powyżej różnorodność pojęciową głównie jako odzwierciedlenie faktu występowania pewnych ograniczeń językowych przy podejmowaniu prób precyzyjnego opisywania subiektywnych odczuć człowieka chociaż zarazem nie ukrywam, że jestem zwolennikiem wypracowywania przez myślicieli i badaczy analizujących również tego typu zjawiska pewnych w miarę jednoznacznych ustaleń definicyjnych[16]. Powyższe uwagi wskazujące na brak powszechnie przyjętej definicji osamotnienia oraz na używanie różnych określeń w celu opisania tego samego fenomenu nie powinny jednak stanowić wystarczającej przeszkody w podejmowaniu prób jego empirycznego diagnozowania. Ponieważ osamotnienie opiera się na bezpośredniej obserwacji, zazwyczaj badamy jego istotę, intensywność i dynamikę wykorzystując w kontaktach ze starszymi respondentami różne formy wywiadu, np. wywiad kwestionariuszowy czy

12 L. Dyczewski (*Ludzie…*, s. 87) uznał np., że socjologowie traktują osamotnienie stosunkowo wąsko.

13 J. Rembowski, *Samotność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992, s. 33; tenże, *Psychologiczne badania nad samotnością*, „Psychologia Wychowawcza" 1991, nr 5, s. 409.

14 Tenże, *Poczucie osamotnienia w świetle teorii i niektórych technik pomiaru,* „Kwartalnik Pedagogiczny" 1989, nr 4, s. 3.

15 Jestem przekonany, że wspomniane różnice terminologiczne w pewnej mierze można powiązać z odmiennym tłumaczeniem występującego w języku angielskim określenia *loneliness*, które dla jednych autorów – chociaż bazujących często na tych samych anglojęzycznych źródłach – staje się samotnością – zob. np. D. Klus-Stańska, *Samotność osób w starszym wieku*, „Zdrowie Psychiczne" 1987, nr 4 (rok XXVIII), a dla innych osamotnieniem (zob. np. P. Czekanowski, *Pojęcia i wskaźniki dotyczące osamotnienia osób w starszym wieku*).

16 Por. np. szczegółowe uzasadnienie w odniesieniu do potrzeby możliwie jednoznacznego ustalenia przez badaczy umownego początku starości (P. Czekanowski, *Społeczne aspekty…*, s. 97-100).

narracyjny. W rozpoznaniach tego typu można też skorzystać z dyskusji grupowej, analizy przypadków czy elementów metody biograficznej. W zasadzie, niezależnie od przyjętej metody czy techniki diagnozowania, badanie osamotnienia – nieco uogólniając i upraszczając sprawę – dokonywane jest na dwa sposoby. W pierwszym z nich pytamy rozmówców o interesujące nas odczucia wprost czyli używając sformułowania *osamotnienie/samotność* bezpośrednio, bez wyjaśniania jednakże, co w rozumieniu badacza za takim pojęciem się kryje[17]. W drugiej sytuacji rozpoznajemy osamotnienie niejako pośrednio, czyli poprzez pytanie o zjawiska będące w naszym przekonaniu li tylko jego przejawami czy cechami. W tego typu przypadkach, jeżeli założymy np., że brak bliskiego przyjaciela wywołuje osamotnienie, to pytamy badanego o to, czy takowego przyjaciela ma[18]. Oczywiście, zarówno pierwsze, jak i drugie zasygnalizowane podejście badawcze posiada swoje istotne zalety oraz konkretne ograniczenia, stąd też w bardziej pogłębionych diagnozach dotyczących tego typu odczuć człowieka stosowane bywają obie wymienione formy rozpoznawania osamotnienia i wówczas traktowane są jako narzędzia dopełniające się, a czasami – co bywa niezmiernie istotne – jako kontrolne względem siebie.

Charakterystyka badania „Gdańska starość" [19]

Badanie stanowiące podstawę prezentowanej poniżej analizy zostało zainicjowane i zrealizowane przy współpracy z członkami Gdańskiej Rady

---

17 J. Rembowski *(Samotność…*, s. 23) podkreśla, że badane osoby zazwyczaj nie mają problemów z odpowiedzią na pytanie, czy są osamotnione (używając terminologii autora tej pracy –samotne), jakie są przyczyny tego stanu oraz jego natężenie. Jak autor dodaje, chociaż ludziom obce są koncepcje naukowe związane z tego typu odczuciami, to powszechnie mają świadomość, czym są te odczucia i jak mogą oddziaływać na człowieka. To spostrzeżenie znajduje potwierdzenie również w doświadczeniach empirycznych E. Dubas (*Edukacja dorosłych…*, s. 201), jak i w moich własnych wynikających z wcześniej prowadzonych pogłębionych badań nad osamotnieniem (zob. P. Czekanowski, *Osamotnienie…*, s. 208-219). Ponieważ ten bezpośredni sposób rozpoznawania osamotnienia jest najczęściej wykorzystywany w polskich badaniach gerontologicznych, stąd też takie właśnie podejście metodyczne zostało wykorzystane w omówionym poniżej badaniu gdańskim, umożliwiając tym samym dokonywanie niezbędnych porównań w odniesieniu do wyników uzyskiwanych z badań podobnego typu.

18 Więcej na temat możliwości pomiaru osamotnienia – zob. np., P. Czekanowski, *Pojęcia…*, s. 66-72 czy J. Rembowski, *Samotność*, s. 62-73.

19 Projekt badawczy zatytułowany „Gdańska starość – diagnoza sytuacji psychospołecznej, zdrowotnej, rodzinnej i materialnej mieszkańców Gdańska w wieku 65+" został przygotowany przez zespół pracowników Uniwersytetu Gdańskiego, który współtworzyli: P. Czekanowski (kierownik projektu), J. Załęcki M. Brosz oraz T. Tobis. Podstawowe wyniki ze zrealizowanego w ramach projektu badania zostały zaprezentowane w następującej książce: P. Czekanowski, J. Załęcki, M. Brosz, *Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+*, Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk 2013.

ds. Seniorów i poświęcone szeroko rozumianej psychospołecznej, zdrowotnej, materialnej i rodzinnej sytuacji starych mieszkańców Gdańska. Szczegółowa problematyka badawcza odnosiła się do następujących zagadnień:

– wyobrażenie (obraz) starości oraz subiektywne poczucie starości,
– samoocena stanu zdrowia i korzystanie z usług medycznych, w tym usług odpłatnych,
– sprawność funkcjonalna w zakresie czynności życia codziennego oraz potrzeba otrzymywania pomocy w chorobie i niepełnosprawności,
– sytuacja rodzinna, miejsce osób starszych w rodzinie oraz wzajemna pomoc międzypokoleniowa,
– samotność i osamotnienie,
– sytuacja materialna, aktywność zarobkowa oraz sytuacja mieszkaniowa,
– ocena miejsca zamieszkania (dzielnicy) w zakresie infrastruktury drogowo-pieszej, rekreacyjnej, kulturalnej oraz ładu funkcjonalnego i ładu społecznego,
– integracja i aktywność społeczna osób starszych, uczestnictwo w kulturze oraz inne realizowane formy aktywności w czasie wolnym (aktywność fizyczna, pasje, hobby),
– znajomość obsługi komputera przez osoby starsze oraz korzystanie z Internetu jako źródła pozyskiwania informacji oraz jako formy komunikacji,
– postawy wobec zinstytucjonalizowanych form pomocy, w tym postawy wobec domów pomocy społecznej, domów dziennego pobytu i innych form wsparcia,
– postawy i oczekiwania wobec różnych form aktywizacji osób w wieku 65+,
– postawy wobec środków psychoaktywnych (papierosy, alkohol) oraz używanie bez konsultacji z lekarzem leków (zwłaszcza przeciwbólowych, uspokajających i nasennych),
– poczucie bezpieczeństwa oraz zagrożenie przemocą fizyczną i emocjonalną,
– oczekiwania wobec lokalnej polityki społecznej oraz programów adresowanych do osób w wieku 65+,
– zakres wiedzy oraz korzystania z programów społecznych i zdrowotnych kierowanych m.in. do osób starszych na terenie Gdańska.

Do podjęcia badania skłoniły jego autorów zarówno motywacje naukowo-badawcze, jak i względy praktyczno-społeczne, związane z zamiarem dostarczenia przesłanek i wniosków aplikacyjnych na użytek władz lokalnych, działaczy społecznych i animatorów życia społecznego, mających

wpływ na warunki i jakość życia starszych mieszkańców miasta[20]. Omawiany projekt badawczy był pierwszym projektem w historii Gdańska (i prawdopodobnie pierwszym w Polsce odnoszącym się do konkretnego miasta), o tak szerokim zakresie tematycznym i obejmującym tak liczną próbę badawczą złożoną z osób mających 65 lat i więcej. Podjęcie tego typu badań w innych ośrodkach miejskich (czy w ogóle w innych miejscowościach) stworzyłoby unikalną możliwość dokonania porównań dotyczących szeroko rozumianych warunków życia ludzi starych oraz sposobu funkcjonowania lokalnej polityki społecznej na poszczególnych obszarach naszego kraju.

W omawianym badaniu posłużono się wywiadem kwestionariuszowym, który był przeprowadzany z osobami starszymi bezpośrednio (*face to face*) przez odpowiednio przeszkolonych do tego zadania ankieterów (w większości studentów socjologii Uniwersytetu Gdańskiego). Dodajmy, że ze względu na założone cele badania, kwestionariusz charakteryzował się wysokim stopniem standaryzacji i zawierał 128 pytań skierowanych do respondenta oraz 5 dodatkowych pytań skierowanych do ankietera[21], a przeciętny czas realizacji jednego wywiadu wynosił około 45 minut. Badanie zostało przeprowadzone w maju i czerwcu 2012 roku na reprezentatywnej próbie 1500 osób – mieszkańców Gdańska mających co najmniej 65 lat, dzięki czemu stanowić może podstawę do wyciągania pewnych uogólnionych wniosków w odniesieniu do życia ludzi starych funkcjonujących w dużym mieście, jakim jest Gdańsk[22]. Dopowiedzmy na koniec tego skrótowego opisu, że dla socjologów przygotowujących gdańskie badanie istotną inspirację stanowiły dwa wcześniejsze, ogólnopolskie i reprezentatywne badania ludzi starych (65+). Pierwsze z nich zostało przeprowadzone w 2000 roku przez zespół pod kierunkiem prof. B. Synaka, które jest potocznie nazywane badaniami PTG bądź – z uwagi na tytuł książki zawierającej omówienie podstawowych wyników badania – *Polską starością*[23]. Drugie z tych badań – zatytułowane *PolSenior* – zosta-

20 Wyniki badania stanowiły podstawę do przygotowania przez piszącego te słowa obszernych rekomendacji dla UM w Gdańsku jak również były prezentowane na konferencjach i spotkaniach z mieszkańcami miasta.

21 Z odpowiedzi uzyskanych na te pytania wiemy, że 91% spośród ogółu respondentów nie miało większych problemów ze zrozumieniem pytań zawartych w kwestionariuszu, natomiast 9% badanych potrzebowało dłuższego czasu na zastanowienie i niekiedy oczekiwało dodatkowych wyjaśnień ze strony ankietera. Ponadto, podczas prowadzenia 21% wywiadów respondentom towarzyszyły osoby trzecie – zazwyczaj współmałżonkowie/partnerzy lub osoby spoza rodziny sprawujące opiekę nad respondentem. W większości przypadków osoby te nie ingerowały w przebieg rozmowy i nie pomagały respondentowi w udzielaniu odpowiedzi. Jedynie w przypadku 7% badanych pomoc osoby trzeciej była konieczna ze względu na stan zdrowia lub stan sprawności respondenta.

22 Maksymalny błąd próby dla $p<0,001$ wynosi +/- 2,5%.

23 Zob. B. Synak (red.), *Polska starość,* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

ło zrealizowane w latach 2008-2010 przez zespół pod kierunkiem prof. P. Błędowskiego[24].

Zróżnicowania odnoszące się do osamotnienia doświadczanego przez osoby stare mieszkające w Gdańsku

Chcąc w badaniu gdańskim rozpoznać kwestie związane z tym, jaka jest częstotliwość odczuwanego przez starych mieszkańców tego miasta osamotnienia oraz czy mamy uzasadnione podstawy do tego, aby dokonywać w badaniach i analizach rozgraniczenia treści kryjących się za pojęciami osamotnienie (samotność psychiczna) oraz samotność (stan fizyczny), przedstawiono respondentom kilka szczegółowych pytań na ten temat. Gdy zapytaliśmy badanych wprost o częstotliwość odczuwanego przez nich osamotnienia, to dowiedzieliśmy się, że w ich gronie najmniej jest takich osób, które często lub zawsze doświadczają uczucia osamotnienia (16%)[25]. Pozostałe przebadane osoby bądź nie doświadczają tego odczucia nigdy lub prawie nigdy (62%), bądź jest ono ich udziałem jedynie niekiedy (w przypadku 23% spośród nich), tak więc to właśnie osoby tego typu, a nie te często osamotnione, zdecydowanie dominują w całej przebadanej zbiorowości ludzi starych. Wyniki badania gdańskiego potwierdzają zatem spostrzeżenia autorów zajmujących się empirycznie tą problematyką m.in. w trakcie realizacji reprezentatywnych badań ogólnopolskich, że nieprawdziwe jest stereotypowe stwierdzenie jakoby niemalże każdy człowiek w zaawansowanym wieku doświadczał w tym okresie swojego życia poczucia osamotnienia co najmniej często, gdyż odsetek takich ludzi zazwyczaj nie przekracza w naszym kraju poziomu 20%[26]. Badanie gdańskie potwierdziło też sensowność odróżniania treści kryjących się za pojęciami osamotnienie, samotne zamieszkiwanie i samotność, na co wskazują kolejne dane. Nieco ponad jedna trzecia spośród biorących udział w badaniu zaawansowanych w latach gdańszczan (37%) mieszka sama (w jednoosobowym gospodarstwie domowym). Gdy respondentom zadano z kolei pytanie o to, jak często przebywają w domu bez towarzystwa innych osób (w domyśle – jak często są samotni w wymiarze fizycznym), to okazało się, że łącznie 41% badanych co najmniej często pozostaje w domu w pojedynkę (25% przebywa w domu bez towarzystwa innych osób „często", a 16%

24 Zob. np. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce,* Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.

25 Wszystkie wyniki z analizowanego badania zostały zaokrąglone do pełnych odsetków.

26 Zob. J. Piotrowski, *Miejsce człowiek starego…*, s. 226; P. Czekanowski, *Rodzina…*, s. 153; tenże, *Społeczne aspekty…*, s. 231; P. Kubicki, M. Olcoń-Kubicka, *Osamotnienie…*, s. 131; tejże, *Formy życia…*, s. 15-16; B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna…*, s. 444-445.

respondentów wskazało, że z taką sytuacją mają do czynienia „zawsze")[27]. Zwróćmy zatem uwagę na to, że odsetki osób pozostających w domu bez towarzystwa innych osób często lub zawsze (41%) zdecydowanie przewyższają odsetki respondentów doświadczających często, prawie zawsze lub zawsze osamotnienia (blisko 16%). Różnica między wskazaniami wynosi nieco ponad 25 p.p., a zatem wynik naszego badania w miarę jednoznacznie potwierdza zasygnalizowaną wcześniej tezę o tym, że treści kryjących się za pojęciami samotność i osamotnienie nie należy na żadnym z etapów procesu badawczego utożsamiać. Czyniąc takie spostrzeżenie miejmy jednak na uwadze to, że również wyniki badania gdańskiego wskazują na występowanie znanego związku[28] zachodzącego pomiędzy samotnością i osamotnieniem – im częściej respondenci przebywają sami w domu, tym częściej wskazują na odczuwanie osamotnienia. Sytuacje tę ilustruje następujący przykład – podczas gdy w zbiorowości respondentów, którzy deklarują, że zawsze przebywają sami w domu, blisko co trzeci (32%) doświadcza poczucia osamotnienia „często", „prawie zawsze lub zawsze", to w przypadku osób, które nigdy nie pozostają same w domu, odsetek tych najczęściej osamotnionych wynosi niespełna 3%.

Po omówieniu zagadnień obrazujących częstotliwość osamotnienia odczuwanego przez osoby stare zastanówmy się obecnie na czynnikami, które w największym stopniu różnicują tę częstotliwość[29]. Biorąc pod uwagę na początek płeć respondentów, to zdecydowanie większa liczba kobiet (19%) niż mężczyzn (10%) często lub zawsze doświadcza osamotnienia. To zróżnicowanie w częstotliwości odczuwania osamotnienia najprawdopodobniej wynika z tego, że kobiety żyją przeciętnie dłużej niż mężczyźni, a więc niejednokrotnie to one pozostają bez towarzystwa partnera życiowego w dłuższym okresie swojej starości. Mając świadomość takiego stanu rzeczy można zapewne założyć, że zwłaszcza w okresie wdowieństwa potęguje się częstotliwość i stopień odczuwanego osamotnienia.

Analiza wyników z gdańskiego badania wskazuje, że częstotliwość odczuwanego osamotnienia jest również powiązana z wiekiem osób biorących udział w tym badaniu. Im bardziej zaawansowany jest wiek respondenta, tym bardziej wzrasta częstotliwość odczuwania przez niego osamotnienia. I tak, odsetek osób często lub zawsze odczuwających osa-

---

27 Z analizy wyników badania wiemy ponadto, że w ogóle najliczniejsza okazała się grupa ankietowanych pozostających w mieszkaniu w pojedynkę rzadko – 41%, a pozostałe 18% badanych zadeklarowało, iż nigdy nie przebywa w domu samemu.

28 Zob. np. P. Czekanowski, *Społeczne aspekty…*, s. 230-231.

29 Zdaniem A. Kotlarskiej-Michalskiej (*Poczucie osamotnienia u osób w podeszłym wieku jako rodzaj doświadczania starości,* [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne*, PTG Oddz. Łódź, Zakład Oświaty Dorosłych Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992, s. 136), socjologiczny aspekt osamotnienia powinien uwzględniać nie tyle samą istotę tego stanu, ale związane z nim społeczne przyczyny i skutki.

motnienie wśród badanych w wieku 65-69 lat sięga 10%, wśród respondentów mających 70-74 lata dochodzi do poziomu 15%, wśród osób z kolejnej kategorii wiekowej (75-79 lat) osiąga poziom 19%, a w zbiorowości osób najstarszych, czyli mających co najmniej 80 lat, odsetek tych najbardziej osamotnionych ludzi jest najwyższy i wynosi 25%. Opisywana tendencja wskazująca na wzrastającą wraz z wiekiem częstotliwość w odczuwaniu osamotnienia jest w dużym stopniu zrozumiała – często dzieje się przecież tak, że wraz z postępującym procesem starzenia się człowieka w sposób naturalny ulega zmniejszeniu – lub wręcz zanika – liczba bezpośrednich kontaktów z najstarszymi członkami rodziny, przyjaciółmi, znajomymi czy sąsiadami (chociażby ze względu na śmierć rówieśników czy też z uwagi na własną ograniczoną mobilność), a z zaproponowanej wcześniej definicji osamotnienia wiemy, że brak kontaktów z innymi osobami stanowi jedną z głównych cech charakteryzujących to odczucie.

Analizując wpływ kolejnego czynnika na częstotliwość odczuwania osamotnienia, jakim jest poziom wykształcenia respondentów, można zauważyć pewną czytelną tendencję. Najczęściej osamotnione czują się osoby z najniższym poziomem wykształceniem, czyli z podstawowym (23%), najrzadziej – z najwyższym (8%). Wśród respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim duża częstotliwość odczuwanego osamotnienia występuje na podobnym poziomie, gdyż różnice pomiędzy analogicznymi odpowiedziami w obu tych grupach badanych nie przekraczają 2 p.p (odpowiednio 16% i 14%). Fakt, że największy odsetek osób najczęściej osamotnionych występuje w zbiorowości respondentów najsłabiej wykształconych może być konsekwencją nie tyle poziomu ich wykształcenia, ale mieć jednoczesne powiązanie z ich wiekiem. To przecież osoby najstarsze – uogólniając – są zarazem najsłabiej wykształcone chociażby ze względu na konsekwencje, które pojawiły się w ich życiu w związku z przebiegiem i późniejszymi negatywnymi skutkami II wojny światowej.

Wyniki badania gdańskiego potwierdzają występowanie kolejnej znanej zależności wskazującej na to, że ludzie starzy, którzy nie mają współmałżonka lub partnera życiowego, częściej niż osoby pozostające w tego typu związkach doświadczają poczucia osamotnienia często lub zawsze (odpowiednio 24% i 8%). Z odmienną sytuacją mamy do czynienia w odniesieniu do osób, które nigdy lub prawie nigdy nie doświadczają osamotnienia. W przypadku respondentów żyjących w związkach, odsetek tych najrzadziej osamotnionych sięga niemal 74%, podczas gdy wśród respondentów nieposiadających współmałżonka lub partnera jest on już znacznie niższy i wynosi 48%. Przywołane wyniki można uznać za swego rodzaju potwierdzenie wcześniej poczynionych spostrzeżeń odnoszących się do wskazania, że częściej osamotnione bywają kobiety i osoby

najstarsze. Wiemy, że to właśnie te kategorie respondentów najrzadziej już posiadają żyjącego współmałżonka czy partnera.

W przypadku rozpoznawania relacji występującej pomiędzy poczuciem osamotnienia a oceną stosunków z członkami najbliższej rodziny można zaobserwować następującą tendencję. Osoby, które deklarują, że stosunki ze wszystkimi członkami najbliższej rodziny układają się im dobrze, najrzadziej borykają się z odczuwaniem osamotnienia często lub zawsze (14%). Z kolei wśród tych starszych osób, którym te stosunki układają się, co prawda, dobrze, ale tylko z niektórymi członkami rodziny, odsetek często lub zawsze osamotnionych jest wyższy i obejmuje blisko 20% badanych osób starszych z omawianej grupy. Dopowiedzmy jeszcze, chociaż wydaje się to niemal oczywiste, że największe odsetki osób najczęściej borykających się z osamotnieniem odnajdziemy wśród tych respondentów, którzy w ogóle nie mają najbliższej rodziny (32%).

Częstotliwość odczuwanego osamotnienia jest powiązana nie tylko z relacjami rodzinnymi badanych starszych ludzi, ale również z posiadaniem przez nich przyjaciół. Osamotnienie w największym stopniu dotyka osoby niemające żadnych przyjaciół, w mniejszym – te, które ich mają. Różnice w wartościach procentowych są tutaj znaczące skoro wśród badanych, którzy nie mają przyjaciół, odsetek respondentów osamotnionych często lub zawsze wynosi 33%, a wśród tych, którzy mają jednego lub dwoje przyjaciół zmniejsza się już do poziomu 20%, zaś w gronie tych starszych mieszkańców miasta, którzy posiadają jeszcze liczniejsze grono przyjaciół, maleje do poziomu 11%. Opisywana sytuacja wydaje się całkowicie naturalna w kontekście tego, co niejako z samej definicji osamotnienia doprowadza do jego odczuwania.

Chociaż wiemy już, że posiadanie przyjaciół może ograniczać problemy związane z przeżywaniem osamotnienia, to wiemy również, że w gronie ludzi w zaawansowanych latach nierzadko dość trudno pozyskuje się nowe przyjaźnie i to z wielu względów. Przestrzeniami, które z dużym prawdopodobieństwem mogą jednak sprzyjać nawiązywaniu kolejnych przyjacielskich kontaktów są siedziby rozmaitego typu organizacji społecznych czy placówki takie, jak Uniwersytety Trzeciego Wieku poprzez realizowane w ich ramach działania. Wyniki naszego badania wskazują bowiem na to, że wśród osób należących do stowarzyszeń czy fundacji częstotliwość występującego często bądź zawsze osamotnienia jest zdecydowanie mniejsza niż wśród pozostałych przebadanych starszych ludzi. Ilustrują to spostrzeżenie następujące dane – podczas gdy co najmniej często występujące osamotnienie staje się udziałem jedynie 3% osób będących aktywnymi członkami tego typu organizacji oraz 6% osób należących do grona „biernych" członków tych organizacji to w zbiorowości respondentów, którzy nie są w ogóle członkami jakiś organizacji, odsetek tych najczęściej osamotnionych sięga już poziomu

17%. Podobnego typu prawidłowość zauważymy w odniesieniu do słuchaczy UTW – mniejszy jest odsetek osób odczuwających osamotnienie co najmniej często wśród uczestników zajęć uniwersyteckich (18%) niż w zbiorowości osób nieuczestniczących w tego typu zajęciach (26%). Oba przywołane przykłady mogą wskazywać na to, że tzw. sieci senioralne odgrywają już obecnie dość istotną rolę w funkcjonowaniu osób starszych, a w przyszłości będą zapewne nabierały w ich życiu jeszcze większego znaczenia.

Kończąc analizę dotyczącą wybranych czynników różnicujących częstotliwość odczuwania osamotnienia będącego udziałem zaawansowanych w latach mieszkańców Gdańska zwróćmy jeszcze uwagę na statystycznie istotny związek występujący pomiędzy ich osamotnieniem a postrzeganiem własnej sytuacji materialnej. Zdecydowanie najczęściej czują się osamotnieni respondenci o mocno ograniczonych możliwościach finansowych. I tak, w gronie ankietowanych, którym pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (czyli na najtańsze jedzenie i ubranie), respondenci tacy stanowią 25%, a wśród drugiej kategorii badanych będących, co prawda, już w nieco lepszej kondycji finansowej, czyli wśród ludzi, którzy żyją bardzo oszczędnie, aby wystarczyło im na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie), odsetek najczęściej osamotnionych jest niewiele mniejszy (22%). Znacznie korzystniej pod tym względem przedstawia się sytuacja w zbiorowości badanych deklarujących z kolei najlepszą sytuację materialną. Wśród tych starszych ludzi, którym pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania, odsetek często lub zawsze doświadczających uczucia osamotnienia jest zdecydowanie najniższy i obejmuje niespełna 7% spośród tej kategorii badanych osób. Pełniejsze zrozumienie przyczyn występowania zasygnalizowanych wyżej zróżnicowań związanych z sytuacją materialną wymagałoby jednak przeprowadzenia analiz opartych na bardziej pogłębionych badaniach w tym zakresie.

Zakończenie

Wyniki badania gdańskiego, i to zarówno w odniesieniu do częstotliwości odczuwanego przez osoby stare osamotnienia, jak i czynników, które mają wpływ na występujące w tym zakresie zróżnicowania, w dużym stopniu odzwierciedlają sytuację znaną z innych badań poświęconych tego typu zagadnieniom. Skoro mamy zatem dostęp do potwierdzonej w wymiarze empirycznym wiedzy płynącej z takich, jak zaprezentowana powyżej, analiz, to możemy poczynić z niej użytek wykorzystując ją w praktycznych działaniach zmierzających do ograniczenia częstotliwości i intensywności osamotnienia odczuwanego przez osoby z najstarszych pokoleń. Pamiętajmy bowiem o tym, że chociaż wyniki badania gdańskiego podważają stereotypowy wizerunek człowieka starego jako człowieka zazwyczaj osamotnio-

nego, to skali tego zjawiska nie powinniśmy jednak bagatelizować, skoro mniej więcej co szósta osoba zaawansowana wiekiem w Gdańsku deklaruje, że często bądź zawsze boryka się z tym niejednokrotnie mocno uciążliwym odczuciem. Skuteczne rozwiązanie omawianego problemu, występującego przecież nie tylko w środowisku lokalnym, ale w podobnym wymiarze również wśród starszych mieszkańców całego kraju, staje się poważnym wyzwaniem dla rodziny, przyjaciół czy sąsiadów człowieka starego, ale nie tylko dla osób jemu najbliższych. Zważmy na to, że ludzie doświadczający uporczywego osamotnienia powinni mieć możliwość uzyskania wsparcia także ze strony profesjonalistów, takich jak psychologowie czy organizatorzy społeczności lokalnych. Chociaż z tego typu profesjonalną pomocą spotykamy się w Polsce jeszcze bardzo rzadko, to pewne zwiastuny praktycznych oddziaływań na tym polu dają się już zauważyć[30].

Loneliness of Elderly Gdańsk Citizens – Methodological Questions and Factors Differentiating the Phenomenon

The article is devoted to a few important issues connected with loneliness experienced by the elderly. The author shortly describes crucial methodological questions: how to define and how to recognize a level of loneliness. The author presents chosen results from a research done in Gdańsk (face-to-face interviews, random sample of 1500 older citizens 65+). Analysis allows verifying a popular old age stereotype presenting almost each older person as a lonely person. The author presents also various factors, which differentiate the frequency of perceived by older person loneliness as sex, age, marital status, level of education, quality of family relations, having friends, contacts with neighbours, organization membership or financial situation.

30 Zob. np. kampania przeciwko samotności i izolacji społecznej osób starszych zatytułowana „Bądź blisko", realizowana przez Fundację „Ja Kobieta" i „Forum 50+" (H. Nowakowska, H. Potocka, *„Bądź blisko – kampania przeciw samotności i społecznej izolacji osób starszych"*. Referat wygłoszony na XIII Warszawskim Forum Polityki Społecznej, Warszawa 2009).

Bibliografia

Czekanowski P., *Pojęcia i wskaźniki dotyczące osamotnienia osób w starszym wieku,* [w:] J. Staręga-Piasek, B. Synak (red.), *Społeczne aspekty starzenia się i starości,* CMKP, Warszawa 1990, s. 59-72.

Czekanowski P., *Osamotnienie ludzi starych i czynniki je różnicujące,* niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 1993.

Czekanowski P., *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 140-172.

Czekanowski P., *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2012.

Czekanowski P., *Socjologia starości jako subdyscyplina socjologii*, [w:] D. Rancew-Sikora, C. Obracht-Prondzyński, M. Kaczmarczyk, P. Czekanowski (red.), *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia. Szkice socjologiczne i gerontologiczne. Księga dedykowana prof. Brunonowi Synakowi,* Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie, Gdańsk 2013, s. 325-346.

Czekanowski P., *Wieloznaczność określeń odnoszonych do ludzi starych*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, s. 52-59.

Czekanowski P., Załęcki J., Brosz M., *Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+*, Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk 2013.

Domeracki P., Tyburski W., *Wprowadzenie,* [w:] P. Domeracki, W. Tyburski (red.), *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*, Wydawnictwo UMK, Toruń 2006, s. 7-12.

Dubas E., *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2000.

Dubas E., *Samotność i osamotnienie w świetle dyskusji grupowej (w wypowiedziach uczestników Stowarzyszenia Seniorów „Nie jesteś sam" Osiedla Stoki w Łodzi,* [w:] B. Juraś-Krawczyk (red.), *Przygotowanie do życia na emeryturze. Kształcenie wykładowców w ramach współpracy Uniwersytetu Łódzkiego i Uniwersytetu Lumiére*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2000, s. 64-73.

Dyczewski L., *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1994.

Klus-Stańska D., *Samotność osób w starszym wieku,* „Zdrowie Psychiczne", 1987, nr 4 (rok XXVIII) s. 41-52.

Kotlarska-Michalska A., *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych,* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 1990.

Kotlarska-Michalska A., *Poczucie osamotnienia u osób w podeszłym wieku jako rodzaj doświadczania starości*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne*, PTG Oddz. Łódź, Zakład Oświaty Dorosłych Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992, s. 135-140.

Kubicki P., Olcoń-Kubicka M., *Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku*, „Studia Humanistyczne AGH", 2010, t. 8 s. 129-138.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.

Nowakowska H., Potocka H., *Bądź blisko – kampania przeciw samotności i społecznej izolacji osób starszych*. Referat wygłoszony na XIII Warszawskim Forum Polityki Społecznej, Warszawa 2009.

Piotrowski J. (przy współpracy J. Kordosa, D. Kozińskiej, A. Lisowskiego, J. Nadolskiego, J. Staręgi), *Miejsce człowiek starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa 1973.

Rembowski J., *Poczucie osamotnienia w świetle teorii i niektórych technik pomiaru*, „Kwartalnik Pedagogiczny", 1989, nr 4, s. 3-11.

Rembowski J., *Psychologiczne badania nad samotnością*, „*Psychologia Wychowawcza*" 1991, nr 5, s. 409-419.

Rembowski J., *Samotność,* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.

Samotność chciana i niechciana, Wydawnictwo eSPe, Kraków 2002.

Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości,* PWN, Warszawa 1989.

Synak B. (red.), *Polska starość,* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

Szatur-Jaworska B., *Formy życia rodzinnego ludzi starych,* „Polityka Społeczna". Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce,* PolSenior, 2011, s. 12-17.

Szatur-Jaworska B., S*ytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości,* [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012, s. 419-448.

Szatur-Jaworska B. (red.), *O sposobach mówienia o starości*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.

Szukalski P., *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*, „Auxilium Sociale", 2005, nr 2(34), s. 217-238.

Szyszkowska M., *Ucieczki od samotności i osamotnienia*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Samotność i osamotnienie*, IWZZ, Warszawa 1998, s. 39-54.

Dorota Niewiedział

Wybrane psychospołeczne czynniki funkcjonowania i adaptacja do wdowieństwa starzejących się kobiet

Wstęp

Z punktu widzenia psychologicznej teorii rozwoju człowieka w ciągu życia (*life spean development*)[1] problem wdowieństwa, który pojawia się w starości, rozpatrywany jest w różnych kontekstach. Okres ten najczęściej w życiu starzejącej się osoby, jest analizowany, jako czas rozpoczynający się od doświadczenia straty partnera, które inicjuje: proces żałoby, następnie adaptację do wdowieństwa i uzyskanie nowej tożsamości indywidualno-społecznej.[2] Procesy te mogą zakończyć się pozytywnie czy też nie, w aspekcie bio-psycho-społecznego, funkcjonowania starzejącej się jednostki.

W poniżej przytaczanej analizie nie chodzi bynajmniej o ustalenie granic pomiędzy rozpoczęciem a zakończeniem procesu żałoby i adaptacji do nowego życia. Kształtujące się w tym czasie doświadczenia emocjonalno-poznawcze ludzi starych posiadają pewną ciągłość i kolejność. Jednak dynamika i czas trwania poszczególnych doświadczeń mogą być bardzo zindywidualizowane. Zależy to najprawdopodobniej od interakcji różnych czynników osobowościowych i społecznych, kształtujących indywidualne doświadczenie seniora po utracie partnera. W zasadzie jest to zgodne z jednym z ważniejszych praw rozwoju człowieka w okresie starzenia się. Polega ono na znacznym indywidualnym zróżnicowaniu jednostek, wskutek podlegania wielorakim normatywnym i pozanormatywnym czynnikom. W związku z tym, uwidacznia się wiele wzorców zmian rozwojowych[3]. Stąd też, prezentowane rozważania nie ustalają jednego ogólnego modelu wpływu konkretnych czynników na pomyślny/ prozdrowotny wzór stawania się wdową. Raczej pokazane zostaną poszukiwania badawcze, obrazujące cechy psycho-

---

1 P. Baltes, H. Reese, L. Lipsitt, *Life-span developmental psychology,* „Annual Review of Psychology", 1980, nr 31, s. 65-110.

2 M. Brzezińska, *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości,* „Centrum Doradztwa i Inforamcji Difin Sp. z o.o"., Warszawa 2011.

3 P. Baltes, H. Reese, L. Lipsitt, *Life-span developmental psychology,* „Annual Review of Psychology", 1980, nr 31, s. 71.

społecznego funkcjonowania starzejących się kobiet- wdów, często osamotnionych w wyniku śmierci partnera.

Koncentracja na seniorkach wynika w głównej mierze z obserwowanych w wielu krajach świata procesu feminizacji starości.

Wyniki polskich badań z 2002 roku ujawniły[4], że w grupie wiekowej 65–69 lat wdowcy stanowili 27% mężczyzn, a wdowy 48% kobiet. Natomiast w grupie wiekowej 80 lat i więcej owdowiałych mężczyzn było 42%, a wdów aż 90%. Starsze kobiety nie tylko rzadziej niż mężczyźni żyją w związku małżeńskim, ale także żyją od nich dłużej.

Wzrost odsetka osób stanu wolnego, wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych, skutkuje także zwiększaniem się udziału osób samotnie żyjących. Częściej samotnie mieszkają starsze kobiety niż starsi mężczyźni. Populacja kobiet-wdów w Polsce charakteryzuje się ponadto następującymi cechami: większość ze starych owdowiałych kobiet jest słabo wykształcona– im starsza grupa wiekowa, tym niższy jest poziom wykształcenia; ponad 96% utrzymuje się z niezarobkowych źródeł utrzymania[5].

Podobne tendencje demograficzne obserwuje się w wielu krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych. W Anglii i Walii od 1971 do 2001 dwa razy więcej starych kobiet niż mężczyzn doświadczyło śmierci małżonka[6]. Feminizacja wdowieństwa wynika jeszcze z dwóch faktów; otóż kobiety najczęściej poślubiały w przeszłości starszych od siebie mężczyzn i aktualnie starzejący się wdowcy częściej niż wdowy zawierają ponowne małżeństwa (tzw. efekt wdowieństwa)[7].

Wydaje się, że ogólny poziom dociekań teoretycznych na temat wdowieństwa kobiety w jesieni życia aktualnie jest w fazie eksploracji faktów i dokonywania korelacji różnych czynników w celu wyjaśniania określonych zmian w jej zachowaniu. Celem prezentowanych rozważań jest dokonanie przeglądu analiz na ten temat i przedstawienie wyników badań własnych, dotyczących elementów tożsamości psychospołecznej starzejących się wdów, traktowanych jako osoby ze zróżnicowanym, a więc nie stereotypowo-negatywnym, doświadczeniem indywidualnym, ukształtowanym w wyniku występowania zdarzeń, charakterystycznych dla jesieni życia.

---

4 GUS (Główny Urząd Statystyczny): *NSP'2002. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna,* „ZWS GUS", Warszawa, 2003; s. 293.

5 B. Tobiasz-Adamczyk, P. Brzyski, J. Bajka, *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego,* Wydawnictwo UJ, Kraków, 2004.

6 M. Hirst, A. Corden, *Change in living arrangements following death of a partner in England and Wales, 1971-2001*, "Population Trends", 2010, nr 141, http://www.statistics.gov.uk/articles/population_trends/11-poptrends141-hirst.pdf [Dostęp: 15.12.2013].

7 T. Hareven, *Families, history and social change: Life course and cross-cultural perspectives,* "Westerview Press", Colorado, 2000; R. Binstock , L. George, *Handbook of aging and the social sciences,* „Academic Press", NY 2001.

„Bycie" kobietą w okresie późnej dorosłości

Promowany przez kulturę konsumpcyjną i media „kult ciała" oraz nacisk kładziony na młodość, zdrowie i sprawność fizyczną, a więc przekaz negujący starość i ukazujący ją jako zjawisko niepożądane, wiąże się z procesem opisywanym w literaturze przedmiotu jako przemiana pozycji kobiet z pełnej aktywności ku „niewidzialności"[8]. Sytuacja ta odczuwana jest przez starsze kobiety jako „przygniatająca" i negatywnie wpływa na ich poczucie wartości, czy akceptację własnego ciała. Im bardziej ich wizerunek ciała odbiega od propagowanych kulturowo wzorców, tym większy jest brak jego akceptacji np. dla siwiejących włosów, zmarszczek, czy zwiotczenia skóry. Sprawia to, że kobiety w wieku podeszłym doświadczają procesu starzenia się jako utraty zasobów atrakcyjności fizycznej i społecznej, czego konsekwencją może być izolacja społeczna, czy wycofanie się z różnych obszarów aktywności[9].

Badacze[10] koncentrują się przede wszystkim na tym, w jaki sposób starzenie się ciała wpływa na proces tworzenia i zmiany jednostkowej tożsamości. Problematyka ta ujmowana jest w postaci metafory „maski" czy „przebrania".

Metafora ta ma podwójne rozumienie. Z jednej strony wskazuje na to, że wywołane procesem starzenia się zmiany ciała są traktowane jako maska zakrywająca prawdziwe „ja" jednostki; z drugiej, sugeruje, iż proces starzenia się skłania jednostki do szukania różnych sposobów zamaskowania negatywnych, czy niepożądanych zmian zachodzących w ciele.

Mike Featherstone i Mike Hepworth[11] posługują się metaforą „maski starości" określając ją jako efekt procesu starzenia i interpretację tegoż efektu, przez osoby w wieku podeszłym. Według autorów osoby starsze postrzegają swoje ciało jako maskę zakrywającą ich prawdziwą, młodzieńczą osobowość. Oznaki starości, takie jak: siwe włosy, zmarszczki, traktowane są nie jako przejawy subiektywnego doświadczenia starzenia się, ale jak przebranie, czy wręcz więzienie, z którego nie można się uwolnić. Przyczynia się to do zanegowania własnego ciała i poczucia alienacji, które wiążą się z negatywną identyfikacją lub brakiem jedności z własnym ciałem – wyglądem, fizycznością, ruchami ciała. Koncepcja „maski starości" odnosi się więc do

8 P. Oberg, L. Tornstam, *Body Images among men and women of different ages,* „Aging and Society", 1999, nr 19, s. 629–644.

9 K. Ballard, M. Elston, J. Gabe J., *Beyond the mask: women's experiences of public and private aging during midlife and their use of age-resisting activities,* „Healt", 2005, s. 169-187.

10 S. Biggs, *Choosing not to be old? Masks, bodies and identity management in later life,* „Aging and Society", 1997, nr 17, s. 553–570.

11 M. Featherstone, M. Hepworth, *The mask of ageing and the postmodern life course,* [w:] *The body, social process and cultural theory*, Featherstone, M. Hepworth, M. Turner B. (red.), Sage Publication Ltd., London 1991, s. 197-208.

zerwania spójności między obrazem ciała a poczuciem i koncepcją siebie. Jak sugerują Peter Oberg i Lars Tornstam, „maska starości oznacza różnicę pomiędzy «wiekiem odczuwanym» (wiekiem doświadczanym, *feel age*) a «wiekiem wyrażonym przez wygląd» (tym, jak jednostka wygląda, *look age*)". Dlatego, według autorów, seniorzy niejednokrotnie podejmują „grę" polegającą na tym, że w sferze publicznej działają zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami, czyli „odgrywają osoby starsze"[12].

Starzejące się ciało traktowane jest tu więc jako nieporęczne przebranie stanowiące wytwór nie tyle jednostki, która je nosi, ale społeczeństwa i specyficznych dla niego wyobrażeń dotyczących starości. „Maska starości" narzuca aktorowi społecznemu kulturowo akceptowany repertuar zachowań „typowych dla osób starszych", pożądane cechy wyglądu i stroju (tj. unikanie ekstrawagancji, nadmiernego obnażania ciała, zbyt wielkiej swobody gestów czy ekspresji poprzez ubiór) i skazuje go na ostracyzm, jeśli spróbuje ukazać swoje prawdziwe oblicze.

Z kolei Simon Biggs[13] i Kathleen Woodward[14] sugerują, że wpływ promowanych w mediach wizerunków młodego i atrakcyjnego ciała oraz lęk przed społecznym wykluczeniem i stygmatyzacją zmuszają osoby starsze do swoistej „maskarady", polegającej na ukrywaniu fizycznych przejawów starości. Helen Harris[15], badając 269 dorosłe osoby, z czego 68% stanowiły kobiety, w określeniu postaw wobec procesu starzenia się wskazała, że badani częściej oczekują od starzejących się kobiet zachowań poprawiających atrakcyjność i maskujących efekty starzenia się. Uczestnicy jej próby częściej wskazywali, że kobiety, w porównaniu z mężczyznami, powinny wykorzystywać farby do włosów, kremy i poddawać się chirurgii plastycznej oraz kłamać na temat swojego wieku. Oznaki starzenia, takie jak szare / białe włosy, łysienie, zmarszczki na twarzy i szyi, były postrzegane jako mniej atrakcyjne dla kobiet niż dla mężczyzn.

Maskowanie starości polega nie tyle na sprzeciwie wobec doświadczanych jako trudne, społecznych wyobrażeń na temat starości i próbie walki o zachowanie młodzieńczej tożsamości, ile na dążeniu do dostosowania się do wzorów wyglądu i cielesności promowanych przez media, a więc specyficznych dla młodszych grup wiekowych. Ludzie w okresie późnej dorosłości starają się za wszelką cenę uniknąć narzucenia sobie tożsamości osoby starszej i wynikającej z niej stygmatyzacji, czy dyskryminacji.

---

12 P. Oberg, L. Tornstam, *Body Images among men and women of different ages*, „Aging and Society", 1999, nr 19, s. 630.

13 S. Biggs, *Choosing not to be old? Masks, bodies and identity management in later life,* „Aging and Society", 1997, nr 17, s. 553-570.

14 K. Woodward, *Aging and its discontents: Freud and other fictions*, Bloomington, 1991.

15 H. B. Harris, *Growing old gracefully: Age concealment and gender*, „Journal of Gerontology", 1994, nr 49(4), s. 149-158.

Co ciekawe, w przeciwieństwie do Featherstone'a i Hepwrotha[16], Biggs[17] Karen Ballard i wsp.[18] oraz Paulson[19] podkreślają, że fizyczne zmiany powodowane starością oraz towarzyszący im brak akceptacji dla swojego wyglądu zmuszają wiele starszych osób do przeformułowania nie tyle subiektywnego obrazu własnego ciała, ile zmiany samego ciała, co ma umożliwić im zachowanie integralności tożsamości. Tym samym wpisują się w szeroki nurt prac omawiających podejmowane przez osoby starsze, przede wszystkim kobiety, strategie radzenia sobie ze starością i wynikającymi z niej zmianami ciała (*age-resisting strategies*). Ballard podkreśla, że dynamiczny rozwój chirurgii plastycznej i kosmetologii oraz zaistnienie na konsumenckim rynku takich usług, jak botoks czy laserowe wszczepianie włosów są wyrazem społecznych oczekiwań w stosunku do starzejącego się pokolenia, a także konsekwencją rosnącego zapotrzebowania na metody „odżegnywania" starości[20] .

Inna grupa badań koncentruje się nie tyle na problematyce „maskowania" starości w celu ochrony własnej tożsamości przed negatywnymi konsekwencjami starzenia się, ile na tych aspektach życia osób starszych, które wiążą się z dążeniem do przeformułowania norm dotyczących cielesności w tym okresie życia. Susan Paulson i Carla Willing[21], analizując wypowiedzi starszych kobiet uczestniczących w zajęciach fitness i uczęszczających na lekcje tańca, proponują kategorię „aktywnego przeciwstawiania się starości" (*actively resist ageing*). Jest to strategia podejmowanych przez kobiety, w celu przejęcia kontroli nad własnym, często chorym lub niepełnosprawnym, ciałem. Taniec i ćwiczenia fizyczne są tutaj postrzegane z jednej strony jako formy aktywności dające jednostkom przeświadczenie o możliwości panowania nad swoim starzejącym się ciałem i poczucie sprawstwa w obszarze cielesnych działań, co jest wyrażone przez kategorię „czynnego ciała" (*busy body*). Z drugiej strony, są one według Paulson sposobem „godnego", czyli, zdaniem respondentek, adekwatnego do wieku i znajdującego się w akceptowanym społecznie repertuarze praktyk cielesnych, przeciwstawiania się oznakom starzenia i zarządzania ciałem w tym okresie życia. Zaproponowane przez Paulson i Willing[22] analizy wskazują na istotne znaczenie podejmowanej przez osoby starsze próby dostosowania własnych oczekiwań do zachodzących w ciele zmian

16 M. Featherstone, M. Hepworth, *The mask of…*

17 S. Biggs, *Choosing not…*

18 K. Ballard, M. Elston, J.Gabe , *Beyond the mask: women's experiences of public and private aging during midlife and their use of age-resisting activities.* „Healt", 2005, s. 169-187

19 S. Paulson, C. Willig, *Older woman and everyday talk about the ageing body,* Journal of Health Psychology, 2008, nr 13, s. 106-120.

20 K. Ballard, M. Elston, J. Gabe, *Beyond the…,* s. 174

21 S. Paulson, C. Willing, *Older…,* s. 117

22 Tamże.

oraz zmobilizowania zasobów cielesnych w granicach własnych możliwości wynikających ze stanu chorobowego czy procesu starzenia.

Prowadzone badania własne[23] dotyczące w ogólnym rozumieniu poczucia atrakcyjności fizycznej i kobiecości (rozumianej jako płeć społeczno-psychologiczna) u starzejących się wdów pokazały, że badane stanowiły grupę, która spostrzega siebie najczęściej jako osoby o tożsamości androgynicznej i kobiecej. Płeć psychologiczna determinuje określone zachowania, toteż zbadane kobiety najczęściej zachowywały się jako „typowe kobiety" lub też jak „androgyniczne kobiety". Ten ostatni wynik nie był zaskakujący, bo być może samotne życie kobiet wyzwoliło również zachowania i cechy określane, jako typowo męskie. Respondentki myślały o sobie najczęściej w kategoriach samowystarczalności, niezależności finansowej i dbania o swoje zdrowie. Dodatkowo postrzegały siebie jako opiekunki własnych rodzin. Rzadziej myślały o sobie w kategoriach atrakcyjności fizycznej, aktywności towarzyskiej. Zdaniem Jolanty Miluskiej[24], dzisiejsze starzejące się kobiety należą do takiej grupy, która wychowywała się w czasach, gdy stereotyp tradycyjnej kobiety – matki-pani domu – żony, był dużo silniejszy niż obecnie. Specyfika przemian dotyczących ewentualnego konfliktu między różnymi rolami społecznymi wydaje się być bardziej wyraźna dla następnych pokoleń kobiet i przybierze w tej grupie wiekowej prawdopodobnie inny kształt. Natomiast badane respondentki realizowały tradycyjny scenariusz bycia „kobietą domową". Badane ponadto oceniły, że szczyt swojej atrakcyjności fizycznej maja dawno już za sobą, bowiem stwierdzały, że były najbardziej atrakcyjne w wieku około 20-30 lat, chociaż inne kobiety oceniały pod tym względem inaczej. Uważały, że najbardziej atrakcyjne były ok. 40 roku życia. Być może taka ocena jest związana z wpływem dzisiejszych mediów, kultury, w której widoczny jest brak różnic w wyglądzie pomiędzy kobietą młodą i kobietą dojrzała/ starzejącą się. Być może badane respondentki brały pod uwagę wiek swoich najbliższych, członków rodziny – córek. Wyjaśnienie tego faktu wymaga dalszych badań.

Badane wdowy nie widziały różnicy w poziomie własnej atrakcyjności fizycznej, porównując się do kobiet zamężnych w tym samym wieku, lub też, bardzo często trudno im było dokonywać takiej oceny. Jednakże, były bardzo krytyczne w ocenie wykonywania różnych zachowań, które zgodnie z ich opinią nie były „ przyzwoite" i właściwe dla kobiet w okresie późnej dorosłości. Respondentki zdecydowanie nie zgadzały się na zachowania, które dotyczyły pokazywania ciała w różnych sytuacjach społecznych. Ponadto, były przeciwne zainteresowaniu się płcią przeciwną.

23 D. Niewiedział, *Starzejąca się kobieta-wdowa. Wybrane problemy*, [w:] B. Antoszewska, U. Bartnikowska, K. Ćwirynkało (red.), *Porozmawiajmy o starości…* Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2015, s. 61-86.

24 J. Miluska, *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia,* Poznań 1996.

Badane kobiety bardzo często dostrzegały oznaki swojego starzenia się biologicznego, głównie w zakresie zmian skóry i ilości tkanki tłuszczowej. Aby poczuć się bardziej komfortowo/ kobieco, wskazywały bardziej na aspekt dbałości o zdrowe jedzenie, dietę, a rzadziej koncentrowały się na poprawieniu swojej atrakcyjności, poprzez inne działania kosmetyczne. Jedynym wyjątkiem było farbowanie włosów.

Adaptacja do wdowieństwa

Śmierć współmałżonka jest uznana za jedno z najbardziej stresujących wydarzeń w cyklu życia człowieka i radzenie sobie z przejściem (*transition*) w okres wdowieństwa, które może być długotrwałym procesem, czasami obejmującym kilka lat[25]. W literaturze przedmiotu kategoria przejścia posiada ważne znaczenie ponieważ jest to okres kończący jedną z faz życia, a rozpoczynający następną. Wydaje się, że niekontrolowane i niespodziewane przejścia życiowe najprawdopodobniej najsilniej zakłócają rozwój jednostki i utrudniają optymalną adaptację[26]. Leonie Sugarman[27] opisała „cykl przejścia" jako „wzór ogólny" , który pojawia się w odpowiedzi na takie wydarzenie, jak wdowieństwo w końcowej fazie życia. Cykl ten składa się z siedmiu etapów: unieruchomienia, (*immobilisation)*, reakcji, (*reaction*), poczucia wątpliwości (*self doubt*), akceptacji rzeczywistości i uwolnienia (*accepting reality and letting go),* poszukiwania sensu (*search for meaning*) i integracji (*integration).* Ponadto, „okres przejściowy" został uznany przez Elizabeth Bankoff[28] jako czas od półtora do trzech lat po śmierci partnera, w którym role społeczne i relacje są ponownie konceptualizowane przez samotnego małżonka.

Skuteczne przystosowanie się do utraty partnera w ostatniej fazie życia zależy również od tego co John Costello i David Kendrick[29] nazywają „psychospołecznym" przejściem z okresu żałoby do czasu nauki radzenia sobie z pierwszym etapem wdowieństwa. Często jest to związane ze zmniejszeniem wsparcia społecznego. Sugeruje się, że wielu ludzi w okresie przejścio-

---

25 C. Barrett, K. Schneweis, *An empirical search for stages of widowhood,* „Omega", 1981, 11, nr 2, s. 97-104.

L. Sugarman, *Life-span development: Frameworks, accounts and strategies,* „Psychology Press Ltd", NY 2001.

26 L. George, *Sociological perspectives on life transitions, „Annual Review of Sociology"*, 1993, nr 19, s. 353-373; R. Binstock, L. George, *Handbook of aging and the social sciences*", „Academic Press", NY 2001

27 L. Sugarman, *Life-span development: Frameworks, accounts and strategies*, 2001, s. 144.

28 E. Bankoff, *Social support and adaptation to widowhood,* „Journal of Marriage and the Family", Vol. 45, nr 4, 1983, s. 827-839.

29 J. Costello, D. Kendrick, *Grief and older people: The making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life,* „Journal of Advanced Nursing", 2002, nr 32, 6, s. 34-38.

wym ma tendencję do wycofania się ze świata zewnętrznego i ogranicza swoje kontakty społeczne do małej grupy zaufanych osób[30]. Wyniki badań wskazują, że emocjonalna samotność trwa średnio od sześciu miesięcy do dwóch i pół roku po żałobie, a izolacja społeczna może trwać dłużej[31].

W klasycznych teoriach rozwoju człowieka w ciągu życia normatywne etapy rozwoju kończą się wywołując emocjonalny niepokój (kryzys), który musi zostać rozwiązany, aby przejść do następnego etapu[32]. Sekwencje przejść w cyklu życia dyktowane są przez normy, które generują odpowiednie polecenia, tak, aby optymalnie wejść np. w dorosłość, w okres emerytalny, czy też w fazę wdowieństwa[33]. Podłużne badania przeprowadzone we Francji przez Alein Degenne i Marie Lebeaux[34]pokazały, że takie normy istnieją w sieci relacji z członkami rodziny, oraz, że odgrywają one ważną rolę w zarządzaniu „ czasem przejścia" na każdym etapie cyklu życia.

Ostatnio jednak klasyczne teorie rozwoju, takie jak wyżej wymieniona, dotycząca, rozwoju psychospołecznego, zostały poddane krytyce. Szczególnie zaś wątpliwości dotyczyły rozumienia etapu starzenia. Wydaje się, że należy rozpatrywać ten okres nie jako czas biernego przyglądania się całości życia i jego bilansowania, lecz bardziej prawdopodobne jest postrzeganie starości jako czasu aktywnego zaangażowania[35]. Dla przykładu, starzejące się kobiety, które podejmują dodatkowe nowe role i działania, z większym powodzeniem dopasowują się do etapu wdowieństwa[36].

Inni badacze twierdzą, że klasyczne teorie są zbyt deterministyczne i w związku z tym przejścia do następnych etapów życiowych nie zawsze są normatywne lub „zaplanowane". Z tego więc wynika, że każdy z etapów przejściowych jest unikalny dla jednostki[37]. Badania popierające takie tezy,

---

30 M. Stroebe, W. Stroebe, R. Hansson, *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*, „Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

31 B. Van Baarsen, M. Van Duijn, J. Smit, T. Snijders, K. Knipscheer, *Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study*, „*Journal of Death and Dying*", 2002 nr 44, 1, s. 5-36.

32 E. Erikson, *Identity and the life cycle,* WW Norton, New York 1980.

33 R. Binstock, L. George, *Handbook of aging and the social sciences, Academic*, 2001, s. 78-86

34 A. Degenne, M. Lebeaux, *The dynamics of personal networks at the time of entry into adult life,* "Social Networks", 2005, nr 27, s. 337-358.

35 S. Biggs, C. Phillipson, A. Money, R. Leach, *The age shift: observations on social policy, ageism and the dynamics of the adult life course*, „Journal of Social Work Practice", nr 2006, 20, 3, s. 239-250.

L. Green, Understanding the Life Course. http://www.google.pl/books?hl=pl&lr=&id=Sx46vEQHmbUC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Green,+L.+(2010).+Understanding+the+Life+Course.+Polity&ots=fyAjBlsSm7&sig=5YDggRytZXE6sEfuv3-loC5uomo&redir_esc=y [Dostęp: 12.01.2014].

36 C. Lee, L. Bakk, *Later-life transitions into widowhood*, "Journal of Gerontological Social Work", 2001, t. 35, nr 3, s. 51-63.

37 N. Denzin, *Interpretive interactionism, Applied social research methods series,* 16, Sage Newbury Park, CA 1989.

przeprowadzone przez Chris Barrett i Kely Schneweis[38] pokazały, dowody na dużą indywidualność adaptacji do wdowieństwa. Okazuje się, że starzejące się wdowy nie stanowią jednorodnej grupy, a posiadają różne indywidualne doświadczenia życia[39], które niosą ze sobą od dzieciństwa. Na przykład już badania z lat 70 pokazują[40], że respondentki- wdowy trzymają się tradycji polegania na rodzinie. W obliczu kryzysu. W dodatku różnorodność czynników rozwojowych, kształtujący pewien cykl życia w jednym pokoleniu kobiet, okazuje się zupełnie odmienny od dominujących wzorców z poprzednich epok[41].

Skutki zmian życiowych we wdowieństwie są skomplikowane i mogą zależeć od różnych czynników, takich jak płeć, kultura i różnice społeczno-gospodarcze i indywidualne[42]. Dla Pat Chambers[43] jednym z ważniejszych czynników różnicujących okazały się umiejętności wypracowane w ciągu całego życia. Nan Stevens[44] badając poziom dobrobytu starszych wdów i wdowców w Holandii pokazał, że elastyczność przejść w całym życiu kobiet w poszczególnych etapach pomaga radzić sobie z wdowieństwem w późniejszym życiu. Również skłonność do samowystarczalności okazała się pomocna w adaptacji do tego czasu[45]. Badanie przeprowadzone na próbie starszych wdów i wdowców w USA przez Ninę Rhee[46] ujawniło, że dobre samopoczucie psychiczne może być związane z indywidualną cechą, taką jak mistrzostwo.

Teoria rozwoju człowieka w ciągu życia[47] sugeruje, że ciągłość wzorców i nawyków, wykorzystywanych w nowych okolicznościach lub w obliczu

---

38 C. Barrett, K. Schneweis, An empirical search for stages of widowhood, ”Omega” 1981, 11, nr 2, s. 97-104.

39 A. Jamieson, C. Victor, *Researching aging and later life,* Open University Press, NY 2002, s. 6.

40 G. Elder, *Family history and the life course,* [w:] T. Hareven (red.),T*ransitions: The Family and the Life Course in Historical Perspective*, Academic Press, NY 1978.

41 G. Allan, G. Jones (red.), *Social relations and the life course*, Palgrave Macmillan, 2003

42 D. Carr, R. Utz, *Late-life widowhood in the united states: New directions in research and theory,* „Ageing International", 2002, t.27, nr 1, s. 65-88.

43 P. Chambers, *Older widows and the life course: Multiple narratives of hidden lives*, Ashgate, London, 2005.

44 N. Stevens, *Gender and Adaptation to Widowhood in Later-life*, ”Ageing and Society", nr 15, 1, 1995, s. 37-58.

45 S. O'Bryant, R. Hansson, Widowhood, [w:] R. Blieszner, V. Bedford, (red.), *Handbook of aging and the family*, Greenwood Press. NY 1996, s. 112-123.

S. O'Bryant, L. Straw, *Relationship of previous divorce and previous widowhood to older women's adjustment to recent widowhood*, „Journal of Divorce and Remarriage", 1991, t. 15, nr 3-4, s. 49-67.

46 N. Rhee, *Easing the Transition to Widowhood, Dissertation Abstracts International,* The Humanities and Social Sciences, 2007, nr 67, 07, s. 27-55.

47 P. Baltes, H. Reese, L. Lipsitt, *Life-span developmental psychology,* "Annual Review of Psychology" 1980, nr 31, s. 94.

nowych wyzwań, przyczynia się do stałego poczucia siebie[48]. I w kontekście tych rozważań rzeczywiście można stwierdzić, że okresy przejścia stają się łatwiejsze, gdy ludzie biorą część przeszłości i kierują nią na „tu i teraz"[49]. Adaptacja do wdowieństwa okazała się łatwiejsza u wdów zaangażowanych zawodowo[50]. W badaniu Edward Donnelly i Josef Hinterlong[51] stwierdzili, że dla pomyślnej adaptacji do wdowieństwa ważna jest ciągłość pracy wolontariackiej. Natomiast badania Heleny Lopaty[52] pokazały, że oprócz doświadczenia życiowego istnieją inne zasoby tradycyjnie postrzegane jako pomocne w adaptacji do życia bez męża i obejmują one: przychody, edukację i wsparcie społeczne. Szczególnie emocjonalne wsparcie od przyjaciół, pomaga w transformacji roli mężatki do roli wdowy[53].

Wdowieństwo może również prowadzić do utraty ról społecznych i stanowić wyzwanie do zmiany osobistej tożsamości. Pełnienie takich ról posiada kluczowe znaczenie dla konceptualizacji tożsamości osobistej. Stąd też, utrata roli może powodować stres i prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości, zwłaszcza w przypadku braku znalezienia nowej koncepcji siebie[54]. Starzejące się kobiety mogą odczuwać bardziej dotkliwie stratę tejże roli w porównaniu z mężczyznami. Bowiem, tradycyjnie pojmowana rola małżonki jest postrzegana przez nie jako bardziej istotna dla kobiecej tożsamości siebie, podczas gdy rola męża słabiej konstytuuje tożsamość mężczyzny[55]. W badaniach Kenneth Ferraro i in.[56] analizowali związek wdowieństwa z ilością kontaktów rodzinnych, przyjacielskich i sąsiedzkich. Okazało się, że starzejące się kobiety – wdowy, w okresie od 1 do 4 lat, miały częstsze kontakty z sąsiadami niż kobiety zamężne. Jednym z najważniejszych ustaleń badaczy było stwierdzenie, że istnieje ogólna stabilność w stosunkach

48 R. Atchley, *Continuity and adaptation in aging,* John Hopkins University Press, Baltimore, Maryland 1999.

49 W. Bridges, *Managing transitions: making the most of change*, Nicholas Brealey Publishing, Boston – London 2003.

50 L. Howie, *Adapting to widowhood through meaningful occupations: A case study*, „Scandinavian Journal of Occupational Therapy", 2002 t. 9, nr 2, s. 54-63.

C. Lysack, H. Seipke, *Communicating the occupational self: A qualitative study of oldest-old America women*, "Scandinavian Journal of Occupational Therapy", 2002, nr 9, s. 130-139.

51 E. Donnelly, J. Hinterlon , *Changes in social participation and volunteer activity among recently widowed older adults*, "The Gerontologist", 2009, nr 50, 2, s. 158-169.

52 H. Lopata, *Widowhood in an american city,* Schenkman, Cambridge, MA 1973.

53 E. Bankoff, *Social support and adaptation to widowhood,* "Journal of Marriage and the Family", 1983, t. 45, nr 4, s. 827-839.

54 S. Blair, *The centrality of occupation during life transitions*, "British Journal of Occupational Therapy", 2000, nr 63, 5,s. 231-237.

55 A. Bowling, A. Cartwright, *Life after death: a study of elderly widowed*, Tavistock Press, London 1982.

56 K. Ferraro, E. Mutran, C. Barrett, *Widowhood, health, and friendship support in later life,* "Journal of Health and social behaviour" 1984, nr 25, s. 245-259.

rodzinnych, występująca u niedawno owdowiałych kobiet. Dla tych, które były już wdowami ponad 4 lata niższy poziom interakcji społecznych dotyczył stosunków rodzinnych. Autorzy sugerują większą użyteczność modelu dynamiki utraty roli w okresie wdowieństwa niż teorii stresu w ustaleniu emocjonalnych zmian w okresie wdowieństwa.

W przytaczanych powyżej badaniach własnych[57], związanych również z ustaleniem kontaktów interpersonalnych wdów, okazało się, że badane wdowy w większości przypadków odnajdywały się bardziej w towarzystwie innych starszych kobiet/ sąsiadek, ponadto często spotykały się z rodziną, a także często uczęszczały do kościoła, do lekarza i na cmentarz. Ich aktywność towarzyska była ograniczona, co wyrażało się równie często, w biernym spędzaniu czasu przed telewizorem. Respondentki-wdowy oceniały jako korzystniejsze dla nich, swoje przeszłe życie ze zmarłym partnerem. Jego stratę przeżywały aktualnie jako bardzo bolesną (badane były ponad 2 lata wdowami), co skutkowało ich obniżonym poziomem zadowolenia z życia. Prawie połowa z badanych wdów myślała o ponownym związku z nowym partnerem, jednak decyzja o rozpoczęciu nowego życia, u boku innego mężczyzny była zahamowana przez obawy związane z oceną przez innych, przekonaniu o nieatrakcyjności partnerów, lękiem przed niedopasowaniem osobowościowym czy też przekonaniem, że związek z mężczyzną jest normatywny w młodszym wieku i w związku z tym w okresie starości jest niemożliwy. Badane wdowy głównie tęskniły za swoim zmarłym mężem i to uczucie smutku, pustki było ich dominującym stanem emocjonalnym. Ten ostatni wynik stał się przyczyną do dalszych poszukiwań badawczych związanych z hipotetycznie istniejącym mechanizmem psychologicznym kształtującym/ modyfikującym więź ze zmarłym partnerem życiowym[58]. W 2013 roku dobrano celowo do próby 124 wdowy, w wieku 67-81 lat. Ustalono, że średni czas wdowieństwa wynosił 7,3 lata. Badane stare kobiety były mieszkankami obszarów wiejskich i małych miast w województwie lubuskim. Hipotetycznie założono, że czynnikiem modyfikującym funkcjonowanie starzejących się wdów jest ich retrospektywna ocena stylu przywiązania do nieżyjącego partnera życiowego. Bowiem wraz ze śmiercią małżonka dochodzi do pojawienia się doświadczenia żalu, podobnego do występującego u dziecka w sytuacji utraty. Pojawiający się smutek oznaczał, że emocjonalna więź została „uszkodzona", co w konsekwencji prowadziło do powstania różnych retrospektywnych ocen przywiązania do partnera w przebiegu adaptacji do wdowieństwa starzejącej się kobiety. Konsekwencją utraty partnera mógł

57 D. Niewiedział, *Starzejąca się…*.

58 D. Niewiedział, *Wybrane psychospołeczne predyktory procesu adaptacji do wdowieństwa starzejących się kobiet. Styl „odwiązania" od partnera,* „*Rocznik Lubuski: Uwarunkowania zachowań ryzykownych*" 2014, t. 40, cz. 1, s. 59-72.

być realny stan pustki, który w indywidualnym doświadczeniu wdów, mógł skutkować samotnością społeczną i emocjonalną [59]. Odwołując się do wyników badania Van Baarsena [60] wskazujących, że samotność społeczna owdowiałych kobiet może trwać dłużej niż samotność emocjonalna, założono, że retrospektywnie oceniony styl przywiązania do zmarłego męża wiązał się z doświadczaną przez starzejące się wdowy samotnością społeczną. Być może również retrospektywnie oceniony styl przywiązaniowy do zmarłego partnera ciągle powoduje samotność emocjonalną, wynikającą z braku intymnej relacji z nową znaczącą osobą. Reasumując, założono w badaniach własnych, że istnieje czynnik osobowościowy, nazwany „stylem odwiązania od partnera", składający się z retrospektywnego stylu przywiązania do partnera życiowego i samotności społecznej i/lub samotności emocjonalnej. Uzyskane wyniki badań doprowadziły do interesujących wniosków. Wydaje się, że istnieje specyficzny „styl odwiązania od partnera", występujący u części badanych wdów, które oceniły retrospektywnie związek z mężem jako lękowy. Te badane odczuwają samotność emocjonalną wynikającą z braku intymnych bliskich kontaktów z kimś ważnym. Kobiety, które przez cały okres życia z mężem bały się opuszczenia czy też porzucenia, aktualnie nadal cierpią, nie mogąc nawiązać nowej intymnej relacji. Ciągle cierpią z obiektywnego faktu, jakim była śmierć (opuszczenie) męża. Wydaje się, że ten rodzaj indywidualnego doświadczenia polega raczej na „uszkodzeniu" więzi z mężem. Okazało się, że być może niektóre z badanych wdów nie potrafią wyzwolić się z przeszłej relacji z mężem. Ponadto, u niektórych badanych respondentek, które retrospektywnie oceniały przywiązanie do męża jako unikowe, nie występuje związek z poczuciem samotności emocjonalnej i społecznej. Wdowy o unikowym retrospektywnym stylu przywiązania do partnera raczej czują się subiektywnie chore. Brak relacji z ludźmi najprawdopodobniej nie powoduje poczucia samotności.

Obok kwestii radzenia sobie z emocjonalnymi stratami w życiu bez partnera, niezwykle istotne dla doświadczeń wdowy okazują się również praktyczne jego strony. Starzejące się wdowy mają problemy wynikające z konieczności przemieszczania się/mobilności, a także kłopoty finansowe[61]. Okazuje się, że, gdy samotne kobiety mają większe źródła wsparcia społecznego, wdowcy zazwyczaj mają większe zasoby finansowe[62]. Wiele starszych

59 R. S. Weiss, *Reflections on the present state of loneliness research* [w:] M. Hojat, R. Crandall (red.), *Loneliness: Theory, research and applications*, Sage, London 1989, s. 51-56.

60 B. Van Baarsen, M. Van Duijn, J. Smit, T. Snijders, K. Knipscheer, *Patterns of Adjustment to Partner Loss in Old Age: The Widowhood Adaptation Longitudinal Study*, Journal of Death and Dying, 2002 44, 1, s. 5-36.

61 H. Lopata, *Current widowhood: Myths and realities,* Sage Publications Inc, Thousand Oaks, CA 1996.

62 S. Arber, J. Ginn, *Gender and later life: a sociological analysis of resources and constraints,* Sage Publications Inc, Newbury Park, CA 1991.

kobiet w przeszłości, ale i aktualnie, funkcjonuje w finansowej zależności od męża. Mówiąc wprost, nie otrzymują one świadczeń emerytalnych, ponieważ wykonywały tylko nieodpłatną pracę w domu, czy gospodarstwie domowym. W przyszłości przewiduje się jednak, że wdowy będą lepiej sytuowane finansowo z powodu wykonywania pracy zarobkowej poza domem, co w konsekwencji będzie powiększało ich zasoby[63].

Występujący we wcześniejszej literaturze psychogerntologicznej pogląd o problematycznych losach wdów został ostatnio zrewidowany. Choć rzeczywiście należy wskazać, że nadal istnieją stereotypy na ich temat. Jest to zjawisko powszechne i ogólnie negatywne na całym świecie, co odzwierciedla zarówno *ageism*, jak i, niestety obecne w przestrzeni społecznej, seksistowskie postawy[64]. Tak jak każdy stereotyp, również ten dotyczący owdowiałych kobiet, ma tendencję do ich „ujednolicania" i skupiania się na aspektach „utraty i żałoby". Należy również podkreślić, że pozytywne aspekty bycia kobietą- wdową w podeszłym wieku zanikają w dyskursie akademickim. Brakuje szerszej analizy na temat siły kobiecych przyjaźni w wyjaśnianiu różnych aspektów życia społecznego i publicznego. Te elementy życia kobiet mają jednak ważne konsekwencje dla przebiegu ich wdowieństwa. Kobiety z wieloletnim doświadczeniem w utrzymywaniu i ustanowieniu więzi społecznych w rodzinach, stosunkach towarzyskich, stowarzyszeniach, wolontariacie są po prostu lepiej przygotowane do tworzenia sieci społecznych, posiadają duże kompetencje społeczne. Jest to istotne szczególnie w ostatnim okresie, w obliczu wielu strat starości (śmierci męża), gdyż wsparcie, szczególnie emocjonalne i społeczne, wiąże się ze zdolnością do radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami życiowymi oraz zdrowiem i długowiecznością[65]. Istnieją pewne dowody na to, że kobiety bezpośrednio generalnie lepiej radzą sobie w obliczu strat, niż mężczyźni, i to jest cecha, która staje się coraz bardziej widoczna z początkiem starości[66].

63 P. Chambers, *Older widows…*, s. 57.

64 M. Owen, *A world of widows*, "Zed Books", New Jersey 1996.

65 D. Gibson, *Broken down by age and gender "The problem of old women" Redefined*, "Gender & Society", 1996, t. 10, nr 4. s. 445-459.

66 P. Chambers, *Older widows…*, s. 34.

Selected psychosocial factors of functioning and the process of adjusting to the widowhood of ageing women

The article reviews research and theoretical analyses and presents the conclusions of the own research in two problem areas: women's identity during aging and adaptation process of aging women to widowhood. General conclusions tend to believe that women in the autumn of their life should be treated as individuals with different, and not only stereotypically-negative, individual experience, formed as a result of events characteristic of the last stage of life. The various coping with the losses of old age is essential in terms of physical attractiveness and social functioning. It seems that the process of adaptation to widowhood among women in the autumn of life, is being moderated by the "dettachment of style of a life partner."

Bibliografia

Aiken L. R., *Death, dying, and bereavement*, "Allyn i Bacon", Boston 1991.

Allan G., Jones G. (red.), Social *relations and the life course*, Palgrave Macmillan, 2003.

Arber S., Ginn J., *Gender and later life: a sociological analysis of resources and constraints*, Sage Publications Inc, Newbury Park, CA 1991.

Archer J., *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*, Routledge, Londyn 1999.

Atchley R., *Continuity and adaptation in aging.* John Hopkins University Press, Baltimore, Maryland 1999.

Ballard K., Elston M., Gabe J., *Beyond the mask: women's experiences of public and private aging during midlife and their use of age-resisting activities*, "Health" 2005, s. 169-187.

Baltes P., Reese H., Lipsitt L., *Life-span developmental psychology*, "Annual Review of Psychology", 1980, nr 31, s. 65-110.

Bankoff E., *Social support and adaptation to widowhood*, "Journal of Marriage and the Family", t. 45, nr 4, 1983, s. 827-839.

Barrett C., Schneweis K., *An empirical search for stages of widowhood*, "Omega", 1981, 11, nr 2, s. 97-104.

Bennett K., *Widowhood in elderly women: The medium and long term effects on mental and physical health*, "Mortality" 1997, 2, nr 2, s. 34-45.

Bennett K., *Longitudinal changes in mental and physical health among elderly, recently widowed men*, "Mortality" 1998, 3, nr 3, s. 265-274.

Bernard M., Bartlam B., Biggs S., *New lifestyles in old age*, The Policy Press, New York 2004.

Biggs.S., *Choosing not to be old? Masks, bodies and identity management in later life,* "Aging and Society" 1997, nr 17, s. 553-570.

Biggs S., Phillipson C., Money A., Leach, R., *The age shift: observations on social policy, ageism and the dynamics of the adult life course*, "Journal of Social Work Practice", 2006, nr 20, 3, s. 239-250.

Binstock R., George, L., *Handbook of aging and the social sciences*, Academic Press, NY 2001.

Blair S., *The centrality of occupation during life transitions*, " British Journal of Occupational Therapy" 2000, nr 63, 5, s. 231-237.

Bonanno G. A., Wortman C. B., Lehman D. R., Tweed R. G., Haring M., Sonnega J., i inn., *Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss*, "Journal of Personality and Social Psychology" 2002, nr 83, s. 1150–1164.

Bonanno G. A., Wortman C. B., Nesse R. M., *Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood,* "Psychology and Aging", 2004, nr 19, s. 260-271.

Bowlby J., *Attachment and loss. Loss—sadness and depression*, t 3, Basic Books, New York, 1980.

Bowling A.,Cartwright A., *Life after death: a study of elderly widowed*, Tavistock Press, London 1982.

Bridges W., *Managing transitions: making the most of change*, "Nicholas Brealey Publishing", Boston – London 2003.

Brzezińska M., *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Centrum Doradztwa i Inforamcji Difin Sp. z o.o., Warszawa 2011.

Carnelley K. B., Wortman C.B., Bolger N., Burke C. T., *The time course of grief reactions to spousal loss: evidence from a national probability sample.*" Journal of Personality and Social Psychology" 2006, t. 91, nr 3, s. 476-492.

Carr D., Utz, R., *Late-life widowhood in the united states: New directions in research and theory,* "Ageing International" 2002, t. 27, nr 1, s. 65-88.

Chambers P., *Older widows and the life course: Multiple narratives of hidden lives,* Ashgate, London, 2005.

Costello J., Kendrick K., *Grief and older people: The making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life*, "Journal of Advanced Nursing" 2002, nr 32, 6, s. 34-38.

Degenne A., Lebeaux M., *The dynamics of personal networks at the time of entry into adult life,* "Social Networks" 2005, nr 27, s. 337-358.

Denzin N., *Interpretive interactionism, Applied social research methods series, 16*, "Sage", Newbury Park, CA 1989.

Donnelly E., Hinterlong J., *Changes in social participation and volunteer activity among recently widowed older adults*, "The Gerontologist", 2009, nr 50, 2, s. 158-169.

Dykstra P., De Jong Gierveld J., *The theory of mental incongruity, with specific application to loneliness among older widowed men and women*,[w:] R. Erber, R. Gilmour,(red.) *Theoretical frameworks for personal relationships*, Lawrence-Erlbaum, NY 1994.

Elder G., *Family history and the life course,* [w:] T. Hareven (red.),*Transitions: The Family and the Life Course in Historical Perspective*, Academic Press, NY 1978.

Erikson E., *Identity and the life cycle*, WW Norton, New York, 1980.
Featherstone, M., Hepworth M., T*he mask of ageing and the postmodern life course,* [w:] *The body, social process and cultural theory,* Featherstone M., Hepworth, M., Turner B., (red.), Sage Publication Ltd., London 1991 s. 197-208.
Ferraro K., Mutran E., Barrett C., *Widowhood, health, and friendship support in later Llife,* "Journal of Health and Social Behaviour" 1984, nr 25, s. 245-259.
George L., *Sociological perspectives on life transitions*," Annual Review of Sociology", 1993, nr 19, s. 353-373.
Gibson D., *Broken down by age and gender "The problem of old women" Redefined*, "Gender & Society" 1996, t. 10, nr 4, s. 445-459.
Glick I. O., Weiss R. S., Parkes C. M., *The first year of Bereavement*, Wiley, New York 1974.
Gomberg E., *Risk Factors for Drinking over a Woman's Life Span*", Alcohol Health and Research World" 1994, t. 18, nr 3, s. 220-228.
Green L.. *Understanding theLifeCours*e. http://www.google.pl/books?hl=pl&lr=&id=Sx-46vEQHmbUC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Green,+L.+(2010).+Understanding+the+Life+Course.+Polity&ots=fyAjBlsSm7&sig=5YDggRytZXE6sEfuv3-loC5uomo&redir_esc=y [Dostęp: 12.01.2014].
GUS (Główny Urząd Statystyczny): *NSP'2002. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna,* ZWS GUS, Warszawa 2003 s. 293.
Hardt D. V., *An investigation of the stages of bereavement*, "Journal of Death and Dying" 1978/1979, nr 9, s. 279-285.
Hareven T., *Families, history and social change: Life course and cross-cultural perspectives*, Westerview Press, Colorado 2000.
Harris M. B, Growing old gracefully: Age concealment and gender, "Journal of Gerontology", 1994, nr 49(4), s. 149-158.
Hirst M., Corden A., *Change in living arrangements following death of a partner in England and Wales, 1971-2001*' "Population Trends", 2010 nr 141, http://www.statistics.gov.uk/articles/population_trends/11-poptrends141-hirst.pdf [Dostęp: 15.12.2013].
Howie L., *Adapting to widowhood through meaningful occupations: A case study*, "Scandinavian Journal of Occupational Therapy" 2002, t. 9, nr 2, s. 54-63.
Hurd L., *Were not old!: Older women's negotiation of aging and oldness*, "Journal of Aging Studies", 1999, Vol. 13, nr 4, s. 419-421.
Jamieson A., Victor C., *Researching aging and later life*. "Open University Press", NY 2002.
Janoff-Bulman R., *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*, Free Press, New York 1992.
Keen J., Prokos A., *Widowhood and the end of spousal care giving: relief or wear or tear?* "Ageing and Society" 2008, nr 28, 4, s. 551-570.
Laditka J., Laditka S., *Increased hospitalisation risk for recently widowed older women and protective effects of social contacts*, "Journal of Women and Aging", 2003, nr 15, 2/3, s. 7-22.
Lee C., Bakk L. *Later-life transitions into widowhood*," Journal of Gerontological Social Work" 2001, t. 35, nr 3, s. 51-63.
Lopata H., *Widowhood in an american city*, Schenkman, Cambridge, MA, 1973.
Lopata H., *Current widowhood: Myths and realities*, Sage Publications Inc, Thousand Oaks, CA 1996.

Lysack C., Seipke H., *Communicating the occupational self: A qualitative study of oldest-old America women*, "Scandinavian Journal of Occupational Therapy" 2002, nr 9, s. 130-139.

Miluska J. (1996), *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*, Poznań 1996.

Niewiedział, D. *Wybrane psychospołeczne predyktory procesu adaptacji do wdowieństwa starzejących się kobiet. Styl „odwiązania" od partnera*, *„Rocznik Lubuski: Uwarunkowania zachowań ryzykownych"* t. 40, cz. 1, 2014, s. 59-72.

Niewiedział, D. *Starzejąca się kobieta-wdowa. Wybrane problemy*, [w:] B. Antoszewska, U. Bartnikowska, K. Ćwirynkało (red.), *Porozmawiajmy o starości…*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego, Olsztyn 2015, s. 61-86.

Oberg, P., Tornstam L., *Body Images among men and women of different ages,* "Aging and Society" 1999, nr 19, s. 629-644.

O'Bryant S., Hansson R., *Widowhood*, [w:] R. Blieszner, V. Bedford, (red.), *Handbook of aging and the family,* Greenwood Press, NY, 1996, s. 112-123.

O'Bryant S., Straw L., *Relationship of previous divorce and previous widowhood to older women's adjustment to recent widowhood,* "Journal of Divorce and Remarriage" 1991, t. 15, nr 3-4, s. 49-67.

Owen M. *A world of widows*, Zed Books, New Jersey 1996.

Paulson S., Willig C., Older woman and everyday talk about the ageing body, "Journal of Health Psychology" 2008, nr 13, s. 106-120.

Rando T. A. *Treatment of complicated mourning*, Research Press, Champaign, IL., 1993.

Rhee N., *Easing the Transition to Widowhood, Dissertation Abstracts International*, "The Humanities and Social Sciences" 2007, nr 67, 07, s. 27-55.

Stephenson J. S., *Death, grief, and mourning*, Free Press, New York, 1985.

Stevens N., Gender and Adaptation to Widowhood in Later-life, "Ageing and Society", 1995, 15, 1, s. 37-58.

Stroebe M. S., Hansson R. O., Stroebe W. Schut H., *Future directions for bereavement research* [w:] S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, Schut, (red.), *Handbook of bereavement research:Consequences, coping, and care*, American Psychological Association, Washington 2001, s. 741-766.

Stroebe M., Stroebe W., Hansson R., *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge 1994.

Sugarman L., *Life-span development: Frameworks, accounts and strategies*, Psychology Press Ltd, NY 2001.

Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski, Bajka J., *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego,* Wydawnictwo UJ, Kraków 2004.

Van Baarsen B., Smit J., Snijders T., Knipscheer K., *Do personal conditions and circumstances surrounding partner loss explain loneliness in newly bereaved older adults?* "Ageing and Society" 1999, nr 19, s. 441-469.

Van Baarsen B., Van Duijn M., Smit J., Snijders T., Knipscheer K., *Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study*, "Journal of Death and Dying" 2002, nr 44, 1, s. 5-36.

Weiss, R. S, *Reflections on the present state of loneliness research*, [w:] M. Hojat, R. Crandall (red.), *Loneliness: Theory, research and applications*, Sage, London 1989, s. 51-56.

Woodward K., *Aging and its discontents: Freud and other fictions*, Indiana University Press, Bloomington 1991.

Małgorzata H. Herudzińska

Przemiany życia rodzinnego w perspektywie osób w wieku 75 plus

Zróżnicowanie rodzin. Przemiany życia rodzinnego. Problematyka badań własnych

Pytanie o to, czy jesteśmy obserwatorami zanikania małżeństwa i rodziny jest pytaniem, któremu poświęca się sporo uwagi, lecz nie ma na nie jednoznacznej odpowiedzi.

Nie można już mówić o rodzinie w liczbie pojedynczej. „Rodziny podejmują niejednakowe strategie dla realizacji potrzeb związanych z reprodukcją, współżyciem, opieką, kooperacją ekonomiczną, zaspokojeniem uczuciowym czy zabezpieczeniem. (…) Wewnątrz rodzin także występuje zróżnicowanie (…) gdy chodzi o przywileje, prawa, zabezpieczenie, obowiązki. Istnieją zróżnicowane typy rodzin, których członkowie mają różne potrzeby i różne sposoby zaspakajania tych potrzeb”[1].

Nie ma jednej definicji rodziny, która obejmowałaby wszystkie jej, istniejące w rzeczywistości, formy[2]. Mozaika stylów życia jest stałym elementem współczesności. Nie tylko możemy dokonywać wyborów w sferze życia osobistego, ale wybory te cieszą się (większą bądź mniejszą) akceptacją społeczną. „Rodzina to ludzie, którzy pochodzą z różnych środowisk i którzy borykają się z nieprzewidywalnymi sytuacjami życiowymi. Możemy mówić raczej o wariantach modelu rodziny. Idealny model rodziny nie istnieje w praktyce, a relatywnie stałe mogą być jedynie pewne mechanizmy wpisane w system pokrewieństwa, ale i on posiada swoją sytuacyjną dynamikę. Modele, jakie ludzie *mają w swoich głowach* są jedynie punktami odniesienia dla podejmowanych działań, a przede wszystkim dla sposobów, w jakie rozumieją rodzinę oraz pokrewieństwo”[3].

---

1 A. Kwak, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2005, s. 294.

2 Por. np. M. H. Herudzińska, *Rodzina w świadomości społecznej. Co (kto) tak naprawdę stanowi rodzinę? Społeczne (re)konstruowanie definicji rodziny*, [w:] K. Ferenz, E. Kowalska (red.), *Wychowanie w rodzinie. Odmienne sytuacje i nowe zadania,* Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Instytut Pedagogiki Uniwersytet Wrocławski, Jelenia Góra 2012, s. 15-41.

3 A. Stanisz, *Rodzina made in Poland. Antropologia pokrewieństwa i życia rodzinnego,* Agata Stanisz, Poznań 2014, s. 305; https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/9917/1/Rodzina%20made%20in%20Poland_Agata%20Stanisz.pdf [Dostęp: 20.04.2015].

„Roziskrzony, radosny, dziki, szczęśliwy, szalony, potworny, nieznośny, zbawczy, straszny, religijny, świecki … Taki właśnie będzie XXI wiek"[4] pisał francuski ekonomista i wykładowca akademicki J. Attali w swojej książce, która jest próbą odpowiedzi na podstawowe pytania dotyczące czekającej nas przyszłości. Sporządzając listę kilkuset słów, (jak sam pisze) najpierw gromadził wyrazy, które istniały od zawsze tak samo jak zjawiska, do których się odnoszą. Wśród nich jest m.in. i „wojna", i „praca", i „miłość", i „seks" i „rodzina". Rodzina, jak sądzi autor, będzie instytucją, która ulegnie w przyszłości największym przeobrażeniom, „powodując poważne konsekwencje w najróżnorodniejszych dziedzinach: od demografii po sztukę, od seksu do polityki. (…) nie spełnia już przypisanej jej roli społecznej: przekazywania kultury i nazwiska dzieciom. (…) Wszędzie indywidualizm i prawa rynku głoszą prawo odwracalności wyboru, zwłaszcza w kwestii małżeństwa. Liczba związków kończących się rozwodem – dziś jedna trzecia – podwoi się. Każdy będzie sukcesywnie należał do kilku ognisk domowych, dzieci będą miały kilku ojców i kilka matek jednocześnie. I odwrotnie, każda rodzina będzie jednym spośród kilku ognisk domowych"[5].

A może kierunek rozwoju małżeństwa w przyszłości będzie inny? Może powrócimy do tradycyjnej formy i układów wewnętrznych, pod warunkiem, że wzrośnie wskaźnik zawieranych małżeństw, urodzeń w związkach małżeńskich, spadnie liczba rozwodów, zmniejszy się udział kobiet na rynku pracy, podział ról będzie ściśle związany z płcią, a ważniejszy stanie się społeczny niż osobisty charakter małżeństwa? A może małżeństwo będzie symbolizowało osiągnięcie i prestiż, co będzie kontynuacją obecnej sytuacji, czyli doświadczania przez nie procesu jego deinstytucjonalizacji? A może ulegnie zanikowi …?[6]. Jak już wspomniano, trudno o jednoznaczną i pewną odpowiedź na postawione pytania. W sytuacji zmiany warunków społecznych, gdzie obserwujemy skutki procesu indywidualizacji oraz autonomizacji m.in. w sferze życia rodzinnego (biorąc pod uwagę dane dotyczące Polski na przestrzeni kilkunastu ostatnich lat można tutaj wymienić np. opóźnianie zawierania związków małżeńskich i spadek liczby zawieranych związków małżeńskich, opóźnianie decyzji prokreacyjnych, wzrost liczby rozwodów[7]), rodzi się wiele jeszcze innych pytań. w niniejszej publikacji za jedno z najistotniejszych przyjmuje się pytanie

4 J. Attali, *Słownik XXI wieku*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2002, s. 5.

5 Tamże, s. 191.

6 Por. A. Kwak, *Od i do małżeństwa i rodziny: „czas" rodziny – „czas" jednostki*, [w:] A. Kwak, M. Bieńko (red.), *Wielość spojrzeń na małżeństwo i rodzinę,* Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012, s. 57-58.

7 Por. *Informacja o sytuacji społeczno-demograficznej kraju w roku 2014,* GUS 2015, http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/informacje-o-sytuacji-spoleczno-gospodarczej/informacja-o-sytuacji-spoleczno-gospodarczej-kraju-w-2014-r-,1,32.html# [Dostęp: 22.04.2015].

o to, w jaki sposób budować udane relacje intymne z drugim człowiekiem (niekoniecznie w formie małżeństwa)? Jakie czynniki są tymi, które w największym stopniu determinują szczęśliwy związek dwojga osób? Czy można uznać za zasadną tezę głoszącą, że aby odnieść sukces małżeński, należy dziś – w czasach równości płci oraz osobistych wyborów – posiadać inne cechy i umiejętności i przejawiać inne zachowania w porównaniu do przeszłości?[8] Istotne są także pytania: o różnice między małżeństwem współczesnym a wcześniejszym czy o definicję rodziny, a także jej przyszłość. Skierowano je do osób w wieku powyżej 75 lat. Ma to swoje uzasadnienie, bowiem po pierwsze (zazwyczaj) posiadają oni bogatą wiedzę oraz doświadczenie życiowe. Jak pisze N. Pikuła: „Miejsce jakie wyznacza się dziś ludziom starszym w rodzinie w dużej mierze wiąże się z wartościami, jakie są uznawane przez daną społeczność. Dlatego też, tam gdzie ceni się doświadczenie i mądrość – ludzie starsi otaczani są szacunkiem i życzliwością. Natomiast w społeczeństwie, które gloryfikuje młodość, wydajność i użyteczność – ludzie starsi bywają spychani na margines życia społecznego i traktuje się ich, jak zbędny ciężar"[9].

Po drugie, wzrasta przeciętna długość życia i rodzi się coraz mniej dzieci (w rozwiniętych krajach europejskich już od wielu lat) przy jednoczesnym starzeniu się, „siwieniu społeczeństw" (nie tylko w sensie biologicznym).

Problemem, przed którym stoi współczesny świat jest (obok innych, takich jak np. coraz liczniejszy prekariat, głód, problemy ekologiczne, klimatyczne, skala zmian technologicznych itp.) przyszłość seniorów (których będzie przybywać) – zapewnienie im godnej oraz zdrowej starości (nie pomijając kwestii bezpośrednich opiekunów seniorów), a także dokonanie rewizji roli, jaką ludzie starsi pełnią obecnie i jaką mogą pełnić w rodzinie i w społeczeństwie[10]. W odniesieniu do ostatniej poruszonej kwestii wymieńmy przykładowo możliwość udziału seniorów W kształtowaniu świata wartości dorastających pokoleń w wielu obszarach. W prezentowanym artykule podjęto analizę jednego z takich obszarów – sferę życia rodzinnego i małżeńskiego.

Z jednej strony, podkreśla się, że „Kluczowe staje się (…) podejście dostrzegające wymiar międzypokoleniowy. Strategicznie pojmowana polityka rozwoju wymaga, aby decyzje podejmowane dzisiaj oceniać w kategoriach wpływu na przynajmniej jedno przyszłe pokolenie. Oznacza to rosnącą

---

8 A. Kwak, *Od i do małżeństwa i rodziny…*, s. 52.

9 N. G. Pikuła, *Mądrość życiowa osób starszych paradygmatem wychowawczym współczesnej rodziny*, [w:] B. Balogová (red.), *Elan vital v priestore medzigeneracnych vztahov,* Filozofická fakulta Prešovskej university, Presov 2010, s. 69.

10 Por. np. M. H. Herudzińska, *Rodzina w służbie seniorom*, [w:] E. Bojanowska, M. Kawińska (red.), *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności*, t. 1, Kontrast, Warszawa 2015, s. 140.

świadomość, że dążenie do równowagi między pokoleniami powinno stać się dominantą działań państwa i w państwie. Założeniem takiej perspektywy nie jest zamiar konfrontacji ani konfliktowania pokoleń, lecz – odwrotnie – lepsze zrozumienie potrzeby współpracy, świadomy wybór modelu redystrybucji opieki nad dziećmi i osobami starszymi, ograniczenie skali międzypokoleniowego zadłużenia (w długu publicznym i w systemie emerytalnym), wreszcie akceptacja odmienności wizji świata"[11].

Z drugiej – mówi się o erozji solidarności międzypokoleniowej, której głównym źródłem jest przede wszystkim proces indywidualizacji, lecz nie tylko – wskazuje się także na nieprzemyślaną politykę społeczną, „na ewidentnie generacyjny charakter nowych technologii (…), na wzajemną nieprzetłumaczalność generacyjnych kodów kulturowych, na niedające się pokonać różnice pokoleniowe dotyczące wzorów rodzinności"[12]. Czy, przykładowo, dwa ostatnie z wymienionych czynników rzeczywiście uniemożliwiają ludziom starszym stanowienie cennego źródła wiedzy dla młodszych pokoleń o skutecznych sposobach tworzenia, doskonalenia i utrzymywania prawidłowych relacji w związkach małżeńskich (partnerskich)?

„W ostatnich latach w Polsce co szóste-siódme dziecko – będąc osobą małoletnią – doświadcza rozwodu swych rodziców, i z praktycznego punktu widzenia najważniejsza jest kwestia takiego zorganizowania życia społecznego, aby dzieci te jak najmniej ucierpiały wskutek tego traumatycznego doświadczenia"[13]. Zatem pomoc, mogąca przybierać różnorodne formy, parom w budowaniu trwałych (obecnych i przyszłych) związków (niekoniecznie) małżeńskich jako źródła satysfakcji dla obojga partnerów, ich dzieci (jeżeli podejmą decyzję o ich posiadaniu) czy ludzi z najbliższego otoczenia – to konieczność zrodzona wskutek dynamicznej struktury uwarunkowań, w której żyje współczesny człowiek. Jedną z jej form może być korzystanie z mądrości (rozumianej jako efekt nagromadzonej wiedzy i doświadczeń życiowych) charakteryzująca w większym stopniu osoby starsze niż ludzi młodych, która „wyraża się zdolnością osądu i udzielania porad odnośnie do ważnych, ale niepewnych rzeczy w życiu, przychodzi wraz z wiekiem, kumuluje się w średnim i późnym okresie życia, bazuje na

11 M. Boni (red.), *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe,* Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2009, s. 6, https://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Aktualnosci/seniorzy/badania%20aktywne%20starzenie/pl_2030_wyzwania_rozwojowe.pdf [Dostęp: 30.04.2015].

12 Por. R. Drozdowski, *Solidarność pokoleń – dobrze brzmiący postulat polityki społecznej, z którym ma ona coraz więcej kłopotów,* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny", 2012, nr 3, s. 7-19.

13 P. Szukalski, *Rozwody w Polsce w ujęciu regionalnym,* „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny" 2013, nr 4; http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3557/2013-04%20Rozwody.pdf?sequence= [Dostęp: 22.04.2015].

doświadczeniu, rozumieniu różnych sytuacji życiowych, odnajdywaniu się w różnych okolicznościach, ujmowaniu podstawowych i ważnych spraw”[14].

Społeczno-demograficzna charakterystyka badanych

Podstawowy materiał źródłowy wykorzystany w niniejszej publikacji pochodzi z badań terenowych – badań surveyowych, w których posłużono się rozbudowanym kwestionariuszem wywiadu „Rodzina w oczach Seniora”, złożonym z kilku bloków tematycznych (I. Współczesna rodzina – definicja, zagrożenia, przyszłość, znaczenie miłości; II. Małżeństwo – subiektywna ocena własnego małżeństwa; czynniki sukcesu małżeńskiego; III. Starość – definicja, obawy związane ze starością, sytuacja rodzinna seniorów, aktywność seniorów, przyszłość seniorów); całość zamykała metryczka (zawierająca pytania o demograficzne, społeczne i ekonomiczne cechy respondentów); przygotowano także kartę obserwacji wypełnianą przez ankietera w trakcie (jeżeli miał taką możliwość) lub bezpośrednio po zakończeniu spotkania z respondentem. W narzędziu badawczym zastosowano kafeterie odpowiedzi (dysjunktywne oraz koniunktywne), pytania półotwarte i otwarte.

Badania własne, poprzedzone pilotażem narzędzia badawczego, przeprowadzono od grudnia 2014 do stycznia 2015 roku. Dobór próby był celowy – zrealizowano 186 wywiadów z osobami znajdującymi się w fazie starości, które ukończyły 75 lat, kobietami oraz mężczyznami, wyrażającymi zgodę na badania i jednocześnie cieszącymi się takim poziomem kondycji fizycznej oraz psychicznej, który umożliwiał ich przeprowadzenie. Po dokonaniu weryfikacji wstępnej (na użytek niniejszej publikacji) ostatecznie poddano analizie 43 kwestionariusze, a za podstawowe kryterium przyjęto udzielenie przez respondenta odpowiedzi na wszystkie pytania, w tym na pytania otwarte (poddane analizie treści), które składały się na wspomniany blok tematyczny I i II. Jako kolejne – badani są (lub byli) osobami zamężnymi/żonatymi co najmniej 15 lat i posiadają dzieci.

Należy podkreślić, że wartość uzyskanego materiału empirycznego można mierzyć nie tylko wysokim stopniem trudności ze względu na sam przedmiot badań (m.in. życie osobiste respondentów), ale również na wiek badanych, wymagający często nie tylko obecności ankietera i jego pomocy w wypełnianiu kwestionariusza, ale i (co niejednokrotnie podkreślały osoby przeprowadzające wywiad) większej (niż w przypadku młodszych respondentów) cierpliwości, taktu oraz uwagi. Spotkanie, przeważnie jednorazowe, odbywało się najczęściej w domu seniora-respondenta i trwało średnio 127 minut.

---

14 S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 2014, s. 122.

Respondenci to w zdecydowanej większości kobiety (34 z 43 badanych), osoby w wieku 78,1 lat (średnia; minimum – 75 lat, maksimum – 94 lata), ponad połowa jest zamężna/żonata (22, w tym 1 powtórnie po śmierci współmałżonki), ponad jedna trzecia to osoby owdowiałe (16 – w tym 15 kobiet; średnio od 14,5 lat), rzadko rozwiedzione (3 osoby – od ok. 35 lat), o stażu małżeńskim średnio 45,1 lat (minimum 15 lat, maksimum – 61 lat), posiadające średnio 3 dzieci (minimum 1 dziecko, maksimum – 7). To osoby posiadające najczęściej wykształcenia zawodowe (14), nieco rzadziej średnie (12) czy podstawowe (10), najrzadziej – wyższe (7). Zdecydowana większość posiada wnuki (42 osoby; średnio 5,7 wnucząt, minimum 0, maksimum – 13), rzadziej prawnuki (24 osoby; średnio 1,4 wnucząt, minimum 0, maksimum – 8). Wszyscy są katolikami, w zdecydowanej większości przypadków wierzącymi (41 osób, w tym 15 głęboko wierzący), sporadycznie wątpiącymi (1) czy niewierzącymi (1). To mieszkańcy województwa mazowieckiego, przy czym zdecydowana większość zamieszkuje środowiska miejskie (33 osoby; najczęściej Warszawę – 17), najmniejsza grupa – obszary wiejskie (10). Respondenci oceniają swój stan zdrowia (w skali od 1-5; ogólna średnia 3,1) najczęściej jako przeciętny lub dobry (odpowiednio 15 i 16 osób), rzadziej jako dostateczny (8) i sporadycznie jako bardzo dobry lub zły (po 2 osoby). Wśród problemów zdrowotnych (o których wspomniała niecała połowa badanych – 12 osób) dominował reumatyzm, choroba wieńcowa oraz osteoporoza. Zdecydowana większość ocenia własne życie jako szczęśliwe bądź przeciętne (odpowiednio 28 i 12 osób), w jednostkowych przypadkach jako nieudane (2).

Seniorzy o tym, czym jest rodzina i kto ją stanowi

Przegląd definicji rodziny w literaturze przedmiotu, jak już podkreślano, ukazuje różnorodność sposobów definiowania rodziny.[15] I chociaż, co potwierdzają także badania ogólnopolskie[16], przez rodzinę (nadal) powszechnie rozumie się osoby połączone stosunkami małżeńskimi oraz rodzicielskimi i jest to najbardziej preferowany model życia – badani seniorzy praktycznie wcale (tylko 1 osoba) nie definiowali tej grupy społecznej w ten sposób (tzn. jako grupę małą, czyli dwupokoleniową, zwaną nuklearną).

Wśród respondentów dominowało ujęcie rodziny wychodzące poza układ małżonkowie oraz dzieci (20 wypowiedzi) – jako „rodziny wielkiej".

15 Por. np. (1) B. M. Kałdon, *Rodzina jako instytucja społeczna w ujęciu interdyscyplinarnym,* [w:] „Forum Pedagogiczne", 2011, nr 1, s. 229-241; A. Kwak, *Rodzina i jej przemiany*, ISNS UW, Warszawa 1994, s. 9 i nast.

16 Por. *Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie*, CBOS 2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_033_13.PDF [Dostęp: 30.04.2015].

Oto przykłady takich wypowiedzi: „Żona, dzieci, wnuczki" (R1[17]), „Jest liczna, składa się z syna, synowej, wnuków i prawnuków" (R3).

Nie mniej liczną można określić tę grupę badanych, którzy postrzegają rodzinę jako wartość autoteliczną, zajmująca najwyższą pozycję w hierarchii wartości życiowych (21 wypowiedzi, przy czym 1/3 łącznie z innymi wyróżnionymi w czasie analizy sposobami definiowania rodziny), czego przykładem mogą być następujące opinie: „Najlepsze, co może spotkać każdego człowieka" (R3), „Najważniejsza część życia każdego człowieka, to ona ukazuje sens naszego istnienia" (R7), „Najcenniejszy skarb, jaki otrzymałam od Boga" (R10), „Wielki skarb, który trzeba pielęgnować, i na który trzeba mieć oko. Wspierająca i darząca się miłością grupa, którą wiążą nie tylko więzy krwi. To nie tylko dwie osoby – małżeństwo – w tym samym wieku, ale także młodsi i starsi" (R6). Ostatni z cytatów wskazuje na jeszcze jeden aspekt, który pojawiał się w wypowiedziach seniorów na temat definicji rodziny – rodzina to grupa pełniąca funkcje emocjonalno-ekspresyjne (13 wypowiedzi, w tym 7 łącznie z innymi wyróżnionymi w czasie analizy sposobami określania rodziny): „Członkowie, którzy się kochają wspierają w trudnych chwilach, łączą ich nierozerwalne więzi" (R2), „Najważniejsze osoby, z którymi się żyje, spotyka, tworzy dalsze lub bliższe więzy. Jest dla nas podstawową grupą, w której żyjemy. Rodzina jest często bardzo liczna, wielopokoleniowa, bardzo ze sobą związana, kochająca i wspierająca się w trudnych chwilach. Są to osoby, które spotykają się często na różnych imprezach, wspominają i opowiadają o swoich dzieciach" (R5), „Oaza spokoju, poczucie bezpieczeństwa, osoby, na które zawsze można liczyć" (R13).

W jednostkowym przypadku rodzina została określona jako ta grupa, która zapewnia społeczeństwu biologiczną ciągłość i przekaz kulturowy między pokoleniami.

Jak wynika z powyższego, dla seniorów rodzina jest wartością samą w sobie, a (obok pary małżeńskiej) także posiadanie dziecka jest jednym z najważniejszych elementów definicji rodziny – są to zatem definicje „dzieciocentryczne", w których kluczową funkcję odgrywa (legalne/sformalizowane) rodzicielstwo. W swoich wypowiedziach badani wykraczają poza układ małżonkowie-dzieci, wprowadzając element pokrewieństwa i tym samym uwzględniając w składzie rodziny także krewnych z linii prostej (rzadziej z linii bocznej). Co więcej rodzina, jak można wnioskować, zdaniem respondentów to instytucja, która pełni (powinna pełnić) nie tylko funkcję prokreacyjną – ważną w ich opiniach jest funkcja emocjonalno-ekspresyjna. Rodzina jest zatem także wspólnotą uczuć.

---

17 W nawiasach, w całym artykule, podano numer respondenta: (R …).

Z drugiej strony uzyskany materiał empiryczny nie pozwala w sposób bezpośredni i jednoznaczny powiedzieć, jakie formy współżycia z drugim człowiekiem nie są, według badanych, rodziną (proszono respondentów jedynie o dokończenie zdania: „Rodzina to …"). Umożliwia natomiast wskazanie najważniejszych różnic między współczesnym a dawnym życiem rodzinnym i małżeńskim, co stanowiło treść jednego z kolejnych pytań skierowanych do seniorów w ramach badań własnych.

Rodzina dawniej i dziś

Wszyscy badani seniorzy (43 osoby) dostrzegają różnice między życiem rodzinnym, które znane im jest z czasów dzieciństwa, młodości czy dorosłości a tym, które charakteryzuje czas teraźniejszy.

Najczęściej pojawiającym się wskazaniem (niejednokrotnie łącznie z innymi) są rozwody (22): „Dzisiejsze małżeństwa po kłótni od razu się rozstają. Brak stabilizacji. Zbyt szybko decydują się na rozwody" (R3), „Dawniej było mniej rozwodów, prawie w ogóle, bo każdy starał się utrzymać to, co miał" (R6), „Kiedyś nie było tylu kłótni, sporów, rozwodów. Ludzie radzili sobie z problemami poprzez kompromisy czy po prostu rozmowę, a dziś najłatwiejszym sposobem jest ucieczka od problemu" (R14), „Dawniej w małżeństwie panował większy szacunek do obojga płci, intymne sprawy były słodką tajemnicą małżonków. Instytucja małżeństwa miała większą wartość dla małżonków, a teraz jak tylko pojawia się problem, to młodzi się rozchodzą nie patrząc na dzieci" (R23), „Chyba liczniejsze rozwody i mniejsza ilość posiadanych dzieci oraz różnica w wychowaniu dzieci. Na przykład dawanie prezentów – kiedyś cieszyliśmy się z torby cukierków, a dziś dla dziecka mały komputer to za mało" (R20).

Badani równie często wspominali o oddaleniu współczesnych małżonków od siebie, o braku czasu na budowanie i wzmacnianie więzi rodzinnych czy na rozmowę (21 wskazań): „Obecnie ludzie mają mniej czasu dla siebie, są od siebie bardziej oddaleni, wiele różnych spraw przeżywają oddzielnie" (R2), „Dawniej rodzina miała więcej czasu dla siebie i dzieci. Nie było wtedy komórek, komputerów, które oddalają od siebie. Nawiązywała się większa więź między małżonkami, a także między rodzicami i dziećmi" (R5), „Brak wspólnych rozmów. Kiedyś było to możliwe przy obiedzie, kolacji, śniadaniu … . Teraz każdy łapie to, co da się zjeść i leci dalej" (R10).

Główną przyczyną deficytu czasu we współczesnej rodzinie (a także kolejnym czynnikiem odróżniającym dawną rodzinę od dzisiejszej) jest, zdaniem seniorów, przede wszystkim nacisk na wartości materialne, poświęcanie większej części dnia na pracę zawodową (12 wskazań): „To, że kiedyś ludzie więcej czasu spędzali ze sobą i z dziećmi. Dzisiaj jest tylko pogoń za pieniądzem" (R15), „Kiedyś rodzice poświęcali więcej czasu

dzieciom i sobie nawzajem, a dziś to niańki i babcie wychowują dzieci, bo rodzice ciągle są w pracy" (R8). Ostatnia z wypowiedzi (aczkolwiek nie jedyna) świadczy także o zmianach dostrzeganych przez respondentów w sposobie wychowywania współczesnych dzieci. Lecz to nie wszystko – badani wskazują także na charakterystyczne dla dzisiejszego młodego pokolenia: odkładanie w czasie decyzji prokreacyjnych (9 opinii): „Kiedyś było inaczej. Jak się ludzie pobierali, to zaraz po ślubie były dzieci, a teraz mają je coraz później" (R12), życie na „kocią łapę" (6 wskazań) oraz, choć rzadziej, na zmianę w zakresie podziału obowiązków między małżonkami – przejście z modelu tradycyjnego na partnerski (4 wypowiedzi): „Dawne małżeństwa opierały się na tradycyjnym podziale obowiązków, a teraz na partnerstwie" (R17), „Obecnie kobiety są bardziej samodzielne, niezależne, a mężczyźni są niezadowoleni. Powstają kłótnie" (R18), „Dawniej kobieta była służącą, nie była równa mężowi. Dziś to jest odwrotnie lub na równi" (R22). Najmniejszą grupę wypowiedzi stanowią wskazania na kwestie spadku zaufania między małżonkami czy przeżywania miłości (po 3 opinie), zmniejszenie znaczenia religii w życiu rodzinnym (2) czy większe niż dawniej kłopoty finansowe współczesnych rodzin oraz lepszy niż dawniej stan zdrowia małżonków (po 1 wskazaniu).

Czy respondenci dostrzegają tylko różnice między dawnym a dzisiejszym życiem małżeńskim i rodzinnym? Rzadko nie potrafią powiedzieć, co łączy przeszłość z teraźniejszością (6 osób), w jednostkowym przypadku wyrażono opinię, że nic już nie pozostało takie samo. Zdecydowana większość (37 osób), pomimo dostrzeżonych zmian w sferze życia rodzinnego i małżeńskiego uważa, że są jednak pewne podobieństwa. Przede wszystkim należy do nich wzajemna miłość (20 wskazań): „Więzi, które łączą każdą parę, to nadal miłość" (R6), „Miłość dwojga ludzi" (R7).

Choć nie jest to powszechne, do wyżej wymienionych podobieństw seniorzy zaliczają także potrzebę bliskości z drugim człowiekiem (7 opinii): „Myślę, że przynajmniej podświadome pragnienie miłości i bycia kochanym" (R31), „Myślę, że taka sama została chęć posiadania rodziny, kogoś bliskiego, kto będzie zawsze koło nas na dobre i na złe, choć nie u wszystkich ludzi" (R14).

Sporadycznie wspominają: o zaangażowaniu w wychowanie (w tym troszczenie się o kondycję zdrowotną) dzieci (3 osoby): „Dbanie o to, aby dzieci wyrosły na pewnych, dobrych i uczciwych ludzi" (R5); o potrzebie zgody czy problemach („są takie same jak i dawniej"), z którymi muszą zmierzyć się małżonkowie (po 2 opinie); czy (w jednostkowych przypadkach) o zaufaniu, jakim darzą się partnerzy bądź o zapewnieniu rodzinie poczucia bezpieczeństwa oraz roli współczesnej kobiety-matki: „Nadal więcej obowiązków spada na kobietę przy wychowywaniu dzieci" (R17).

Faktem jest, że „osoby, które wychowywały się w odmiennych okolicznościach społecznych, kulturowych i historycznych mogą mieć odmienne podejście do życia, mieć inną wizję rozwiązywania problemów w obrębie doświadczeń życiowych. Oczywiste jest, że w takich warunkach osoby pochodzące z innego pokolenia mogą mieć inny sposób myślenia i odmienne doznania wynikające z interpretacji zdarzeń z innego punktu widzenia”[18]. Problem ten trafnie ujął np. graficznie Andrzej Mleczko przedstawiając na jednej ze swoich prac syna siedzącego przy komputerze i klikającego myszką, mówiącego do swojego, obok stojącego, ojca: „Wybacz, ale trudno mi znaleźć wspólny język z kimś kto w dzieciństwie bawił się pluszowym misiem albo gumową kaczuszką”[19]. Czy pomimo to zapatrywania respondentów na współczesną rodzinę (a przede wszystkim czynniki sukcesu małżeńskiego czy ogólnie udanego związku z drugą osobą – o czym nieco dalej) są aż tak bardzo odmienne, obce i nieprzystające do czasów współczesnych? Nie. Wystarczy chociażby przywołać w tym miejscu informację, z którą zapoznała się w roku 2013 sejmowa Komisja Polityki Społecznej i Rodziny, gdzie m.in. czytamy, że „zauważa się mniejszą skłonność do zawierania związków małżeńskich, rosnącą częstotliwość kohabitacji (ten rodzaj związku w Polsce stanowi 4% ogółu związków), opóźnianie zawierania małżeństw oraz osłabienie ich trwałości. Wzrasta liczba osób, które pozostają w związkach alternatywnych do małżeństwa, tworzą rodziny niepełne, nie tworzą rodziny; (…) zmniejszenie pożądanej liczby dzieci, opóźnienie decyzji o urodzeniu pierwszego dziecka, zwiększenie liczby urodzeń pozamałżeńskich, zmianę wzorca płodności, wzrost dobrowolnej bezdzietności; odsetek małżeństw kończących się rozwodem podwoił się, osiągając poziom blisko 30%. Rozpad małżeństw ogranicza dzietność w ramach danego małżeństwa, ale też ją stymuluje w przypadku nowego związku”[20].

Przyszłość małżeństwa i rodziny

Wspomniane powyżej wnioski z badań międzynarodowych (w ramach których przeprowadzono m.in. w Polsce badania panelowe dotyczące ro-

18 E. Karmolińska-Jagodzik, *Komunikacja międzypokoleniowa – rozważania wokół różnic kulturowych*, „Studia Edukacyjne”, 2012/nr 21, s. 193, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/4286/1/studia_eduk_21_s_191-210.pdf [Dostęp: 14.04.2015].

19 Por. http://sklep.mleczko.pl/pl/p/Plakat-czarno-bialy-Gumowa-kaczuszka-80/225 [Dostęp: 15.05.2015].

20 Przemiany tworzenia i rozwiązywania rodzin w Polsce, a zmiany dzietności w świetle wyników badania GGS-PL (Generacje, rodziny i płeć kulturowa), realizowanego przez zespół demografów Instytutu Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w ramach międzynarodowego programu badań GGP (Generations and Gender Programme); https://mojepanstwo.pl/dane/sejm_komunikaty/1947, informacja-posiedzeniu-komisji-polityki-spolecznej-rodziny [Dostęp: 13.04.2015].

dziny, relacji międzypokoleniowych, zmian relacji między płciami) stanowią wyzwanie dla polskiej polityki społeczno-rodzinnej[21]. Czy efektem, przyjętych w jej ramach działań, będzie np. zmniejszenie, już odczuwalnych, skutków asymetrii procesów ludnościowych? Czy obecne, a także przyszłe młode pokolenia będą zawierać związki małżeńskie i podejmować role rodzicielskie częściej niż współczesne? Jaka będzie przyszłość małżeństwa i rodziny?

Odpowiedź na te pytania, a w szczególności na ostatnie z wymienionych, nie jest prosta, o czym świadczą (również) wyniki badań własnych.

Po pierwsze, ponad 1/4 badanych osób (12) tak oto wypowiadała się w tej kwestii: „Nie potrafię odpowiedzieć na to pytanie, gdyż z każdym pokoleniem małżeństwo i rodzina się zmienia" (R14), „Trudno to określić, ponieważ młodzi ludzie nie mają żadnych priorytetów ani świętości. Obecnie trwa tylko pogoń za pieniędzmi" (R15).

Po drugie, większość (niemal połowa badanych – 20 osób) opisuje przyszłość rodziny w kategoriach, których nie można nazwać pozytywnymi, przy czym o ile wszyscy z tej grupy poddali w wątpliwość przetrwanie związku małżeńskiego jako formy współżycia z drugim człowiekiem, o tyle nie zawsze brak formalizacji związku – życie w kohabitacji – oznacza (jak można domniemywać) rezygnację z posiadania dzieci: „Związki nie będą formalizowane" (R17), „Patrząc na współczesnych ludzi nie będzie małżeństw. Będą wolne związki bez żadnych zobowiązań" (R13), „Małżeństw będzie niestety coraz mniej, bo coraz mniej ludzi wierzy" (R16), „Rodzina i małżeństwo traci na wartości w dzisiejszych czasach, więc myślę, że w przyszłości ciężko będzie stworzyć kochającą się rodzinę" (R8), „Przyszłość rodziny i małżeństwa jest zagrożona, przez wolne związki, związki seksualne i tak dalej …" (R4), „W dzisiejszych czasach młodzi ludzie inaczej postrzegają małżeństwo i rodzinę. Wydaje mi się, że nie przywiązują dużej wagi do małżeństwa i rodziny. Sądzę, że coraz mniej osób będzie się decydowało na zakładanie rodzin i zawarcie małżeństwa" (R7), „Będzie mało dzieci, bo są ciężkie czasy, rząd nie zajmuje się rodzinami. Będzie mniej małżeństw, bo teraz ludzie żyją na kocią łapę" (R21), „Widzę to czarno, ponieważ ludzie nie mają za co żyć. Nie mają nawet za co chorować i za co umierać" (R23), „Coraz częściej będą się rozstawać i żyć na odległość, ponieważ ludzie wyjeżdżają zagranicę do pracy" (R24), „Przyszłość w dobie XXI wieku jest utrudniona ze względu na wpływ propagandy medialnej, która przeciwstawna jest podstawom etycznym rodziny złączonej tradycją małżeńską od wieków" (R27), „Według mnie przyszłość małżeństwa i rodziny jest zagrożona, bo dzisiejsze młode pokolenie nie chce zawierać małżeństwa, nie chce zakładać rodziny, nie chce mieć dzieci" (R36).

21 Tamże.

Mniej badanych (11 osób) optymistycznie widzi przyszłość małżeństwa i rodziny: „Będziemy żyć w zgodzie, kochać się i szanować» (R1), „W dzisiejszych czasach trudno to stwierdzić, mam nadzieję, że dobra" (R3), „Małżeństwa będą tworzyć rodzinę poprzez wydanie na świat potomstwa, rodziny będą się rozwijać i szukać nowych lepszych perspektyw na życie niż dotychczas" (R2). Życzeniowy charakter tych wizji nie jest pozbawiony wątpliwości i troski o to, w jakich warunkach będą funkcjonować przyszłe rodziny: „Chciałabym, aby przyszłość rodziny była jak najlepsza. Rodziny i małżeństwa powinny być silne i nierozerwalne. Radzimy sobie dobrze w tak dziś zabieganym i zwariowanym i niebezpiecznym świecie. Żyjemy dziś w bardzo trudnych i ciężkich dla rodziny czasach. W przyszłości pewnie nie będzie lepiej" (R4), „Moi synowie to niezwykle pracowici ludzi, więc mam nadzieję, że utrzymają swoje dzieci i żony w swoich silnych rękach" (R6).

Grupa respondentów wierzących w pozytywną przyszłość małżeństwa oraz rodziny nie jest liczna i przeważnie dostrzega zjawiska, które są dziś oceniane jako zagrażające stabilności tej ważnej instytucji społecznej, ale … czy ową ufność seniorzy są w stanie przekazać m.in. tym, którzy decyzję o wstąpieniu w związek małżeński mają jeszcze przed sobą? A jeżeli tak – czy zaszczepiona przez nich wiara w młodym pokoleniu znajdzie swoje odzwierciedlenie we wzorach życia rodzinnego w przyszłości, w trwałości związków małżeńskich? Jak zapobiegać ich rozpadom?

Przepis na sukces małżeński

O ile miłość jest jednym z głównych motywów zawierania związku małżeńskiego, o tyle nie jest jednak jedynym warunkiem osiągnięcia sukcesu/szczęścia małżeńskiego, miłość nie jest też bezgraniczna[22].

Badani seniorzy w zdecydowanej większości oceniają własne małżeństwo jako szczęśliwe (28 osób), rzadziej jako przeciętne (10), a najrzadziej – nieudane (5).

Podstawowym, najczęściej pojawiającym się uzasadnieniem dobrej subiektywnej oceny własnego związku jest silna więź ze współmałżonkiem. To więź oparta nie tylko na uczuciu miłości, ale (choć proces ten, jak wynika z wypowiedzi badanych, nie był pozbawiony kłótni i konfliktów) budowana i wzmacniana latami, przez rozmowy, zaufanie oraz wzajemne wsparcie (27 wskazań, w tym 8 wraz z innymi czynnikami, które, zdaniem seniorów, przyczyniły się do ich sukcesu małżeńskiego): „Bo na swojego męża zawsze

---

22 Temat ten poruszałam m.in. w artykule: *Idealny partner, czyli o społeczno-kulturowych granicach „bezgranicznej miłości"*, [w:] Muszyński W. (red.), *Więzi w małżeństwie i rodzinie – zaufanie, współdziałanie, zależność*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011, s. 65-86.

mogę liczyć, jest ze mną przez całe życie w tych dobrych i złych chwilach. Razem dzielimy trudy życia codziennego, a przy tym jest moim przyjacielem, z którym fantastycznie mi się rozmawia” (R2), „Potrafiliśmy z mężem rozmawiać, rozumieliśmy się, żyliśmy w ciężkich czasach, było wiele problemów… . Jednak zostaliśmy ze sobą do końca. Miłość zwyciężyła. To chyba można nazwać szczęściem” (R30), „Uważam, że moje małżeństwo jest udane, gdyż jestem z żoną 51 lat i zawsze, gdy mieliśmy problem byliśmy przy sobie i razem go rozwiązywaliśmy bez względu na okoliczności” (R14), „Przetrwaliśmy w małżeństwie ponad 50 lat. Mogliśmy i możemy zawsze na siebie liczyć. Uczucie, które nas połączyło trwa do tej pory” (R7), „Ponieważ darzyliśmy się zaufaniem i miłością” (R4), „Mnie i moją żonę łączyło głębokie uczucie zwane miłością i mimo częstych kłótni dawaliśmy sobie radę, oboje przeżyliśmy wojnę, byliśmy więc nierozłączni” (R6), „Ponieważ trwam razem z mężem i zmierzamy do końca swoich dni, pomimo nielicznych kłótni i chorób” (R20), „Kochałam i kocham mojego męża, byłam z nim szczęśliwa, nigdy nie brakowało mi niczego. wytrzymaliśmy razem 61 lat i to powinno rozwiać wszelkie wątpliwości” (R10), „Mieliśmy z mężem wiele wzlotów i upadków. Było tak wiele dobrych chwil jak i złych. Nie raz mieliśmy dosyć swojego towarzystwa, rozchodziliśmy się na parę miesięcy. Jednak zgrzeszyłabym mówiąc, że moje małżeństwo było nieudane. Dowodem jest nadal trwająca miłość w sercu i to, ile byliśmy razem” (R39).

Nie bez znaczenia jest także posiadanie potomstwa czy wnuków - to źródło radości, remedium na samotność (9 wskazań, w tym 8 wraz z innymi czynnikami, które, zdaniem seniorów, przyczyniły się do ich sukcesu małżeńskiego): „Bo mam dzieci, doczekałem się wnuków, mam z kim porozmawiać, spotkać się, usiąść rodzinnie do stołu, ma kto podać herbatę i nie jestem sam” (R1), „Dlatego, że to był czas bardzo dobry dla mojej rodziny i małżeństwa. Urodziły się dzieci, które nadały sens mojemu życiu. Z mężem stworzyliśmy udany związek, a nasze dzieci staraliśmy się wychować na dobrych, uczciwych, pracowitych ludzi. Patrząc dziś na swoje małżeństwo wiem, że warto było ciężko pracować i starać się, aby małżeństwo było udane” (R 5), „Miałam dobrego męża, mam trójkę dzieci. Mój mąż był dla mnie i przyjacielem i mężem. Bardzo go kochałam” (R21).

Rolę w poczuciu braku (zupełnego lub częściowego) satysfakcji z własnego małżeństwa, jak wynika z wypowiedzi respondentów, odegrały różne czynniki. W przypadku badanej grupy oscylują one przede wszystkim wokół osoby współmałżonka – ważna jest jakość relacji z nim, jego styl życia, przejawiane zachowania (w tym uzależnienie od alkoholu) i ich konsekwencje (np. pogorszenie kondycji materialnej i finansowej rodziny), a także cechy charakteru czy osobowość: „Moje małżeństwo oceniam jako przeciętne ze względu na brak porozumienia z mężem” (R3), „Przeciętne … . Niby nic aż takiego tragicznego się nie wydarzyło, mąż mnie nigdy nie zdradził,

ale jest fajtłapą, zawsze ogląda się tylko na mnie. Mieliśmy okres w swoim życiu, kiedy pił… Wtedy straciliśmy cały nasz majątek" (R15), „Małżeństwo oceniam jako nieudane. Z różnych powodów, na przykład zdrady męża" (R16), „Nieudane. Bardzo się różnimy pod wieloma względami. Zbyt często ulegam mężowi" (R18). Bywa, że przyczyną negatywnej oceny własnego małżeństwa jest zamieszkiwanie z rodziną (1 przypadek – z wnukami).

Gdyby respondenci mogli cofnąć czas, niemal połowa z nich (raczej) nic nie chciałaby zmienić w swoim życiu osobistym (21 osób): „Moje małżeństwo przypadło na lata bardzo trudne w Polsce, tylko ciężka praca, musieliśmy utrzymać rodzinę i stworzyć dzieciom bezpieczny dom. Co bym zmieniła w moim małżeństwie. Myślę, że nic. Może nieraz z braku czasu za mało zajmowałam się dziećmi, a one same radziły sobie. Starsi zajmowali się młodszymi, kiedy miałam jakieś zajęcia. Mój mąż był bardzo zapracowany, dlatego też nie mieliśmy zbyt wiele czasu na rozmowy" (R5), „To były trudne czasy, ukrywanie się, walka o każdy dzień, lecz mimo tego nic bym nie chciał zmienić. Nawet w swoim małżeństwie docenia się to, co się ma" (R6), „Nic bym nie zmieniał, bo każda kryzysowa sytuacja w życiu czegoś mnie nauczyła i wzmocniła nasze małżeństwo" (R8), „Raczej nic bym nie zmieniła. Takie jest życie" (R25), „Nic bym nie zmieniła. Wychowałam razem z mężem czwórkę wspaniałych dzieci, mogę się cieszyć z wnucząt. Co tu zmieniać?" (R10), „Nic właściwie, bo nic. Tak jak jest, jest dobrze, zawsze mogłoby być gorzej. Mimo wszystko (małżeństwo zmagało się z problemem alkoholowym męża, tracąc cały dorobek – przyp. M. H.), po tylu latach kocham go" (R15).

Pozostali seniorzy (22 osoby), gdyby mieli możliwość cofnięcia czasu, to przede wszystkim chcieliby: udzielać większego wsparcia i pomocy współmałżonkowi, więcej z nim rozmawiać (12 wskazań, w tym jedna osoba wysłałaby męża na terapię uzależnień), a także: mniej się kłócić z mężem/żoną (7 wskazań) czy poświęcić więcej czasu dla dzieci (3 wskazania). W jednostkowych przypadkach wydłużyliby czas znajomości przedmałżeńskiej czy zaniechaliby wstąpienia w związek małżeński z obecnym współmałżonkiem: „Nie wyszłabym za mąż" (R18) lub staraliby się o formalnoprawne rozwiązanie małżeństwa: „Rozwiodłabym się, gdybym nie miała już z mężem piątki dzieci" (R38).

Czego respondenci chcieliby uniknąć w życiu małżeńskim i rodzinnym? Badani przede wszystkim mówili o obecności kłótni (27 wskazań) oraz „cichych dni" w małżeństwie (10 wskazań): „Starałabym się unikać kłótni, z których nic nie wynikało, a człowiek naszarpał sobie tylko nerwów" (R14), „Chciałbym tylko uniknąć tych kłótni. Scalało nas coś silnego, czego nie da się uniknąć" (R6).

Dosyć częstym życzeniem wyrażanym przez respondentów (8 osób) była chęć uniknięcia „Ciężkiej choroby, żeby żona i dzieci nie musiały

się mną opiekować" (R8) oraz „bycia dla kogoś ciężarem" (2 osoby). Kilka osób mówiło o uniknięciu śmierci: męża (2), dziecka (1) oraz własnej – nagłej i nieoczekiwanej (1). Innymi czynnikami, niepożądanymi przez seniorów w życiu małżeńskim i rodzinnym, są: ogólnie rozumiane cierpienie (4 wskazania) i niepowodzenia (3), kłamstwo (2), popełnianie błędów życiowych (2), nuda (1), wojna na świecie (1) oraz brak racjonalnego myślenia (1). W jednostkowych przypadkach badani wyrazili opinię głoszącą, że „W życiu nie da się niczego uniknąć" (R10, R31).

Co seniorzy doradzają młodym ludziom – jak w dzisiejszych czasach, w których w Polsce rozpada się co trzecie małżeństwo, budować szczęśliwy i trwały związek dwojga ludzi?

Wśród wielu czynników sukcesu małżeńskiego, na które badani wskazywali w swoich wypowiedziach, najczęściej pojawiającym się jest ogólnie kwestia (werbalnej) komunikacji małżeńskiej. Seniorzy mówili przede wszystkim o rozmowie, która powinna towarzyszyć małżonkom również w sytuacjach konfliktowych, trudnych; wspominali też o „życiu w zgodzie" (28 wskazań): „Komunikacja! Trzeba rozmawiać. Rozwiązywać na bieżąco powstające spięcia, wykrzyczeć się na siebie i przeprosić. Nie można chować swoich żali, bo to buduje frustrację wewnątrz człowieka, która wcześniej czy później odbija się na wszystkich" (R39), „Przede wszystkim trzeba ze sobą dużo rozmawiać i mieć dużo cierpliwości" (R8), „Rozmawiać, wzajemnie się słuchać" (R18), „Ważne jest bycie ze sobą w trudnych momentach, bycie szczerym. Nie przywiązywać zbyt dużej uwagi do bardzo błahych, przyziemnych problemów, ponieważ, gdy człowiek za dużo rozmyśla nad takim problemem rodzi się z niego jeszcze większy problem" (R14). Dla kilku osób (8) sposobem na życie w udanym związku intymnym jest „pójście na kompromis". Niektórzy podkreślali, aby pojawiające się nieporozumienia „rozwiązywać we własnym gronie" – nie wtrącać osób postronnych (5 wskazań).

Nie mniej ważnym czynnikiem udanego związku jest miłość między małżonkami (17 wskazań, w tym miłość do dzieci – 2 wskazania). Istotne jest także wzajemne wsparcie (9), szczerość (6), wyrozumiałość (7), zaufanie (5), przyjaźń (3), troska o drugą osobę (bycie dobrym dla niej, także – choć rzadko o tym wspominano – dla dzieci) i szacunek wobec niej (5) oraz brak zazdrości (2). Oto przykładowe wypowiedzi: „Jeżeli przysięgamy przed Bogiem *w zdrowiu i w chorobie, dostatku i biedzie*, składamy tę przysięgę, to z jakiegoś powodu to czynimy. Jeśli kochamy drugą połowę, to zrobimy dla niej wszystko" (R10), „Żeby pokochać tę osobę jaka jest i zrozumieć ją" (R19), „Te osoby powinny darzyć siebie wzajemnym szacunkiem, ufać sobie i kochać siebie ponad wszystko" (R7), „Receptą na udany związek jest codzienne pielęgnowanie relacji międzyludzkich, no i szanowanie siebie nawzajem, wspieranie się w trudnych decyzjach. Kie-

dyś liczyło się to, że żadna ze stron nie poddawała się w takich trudnych czasach. Ważny był szacunek, wiara w miłość, przekonanie, że jest się z tą właściwą osobą" (R6).

W pojedynczych przypadkach podkreślano znaczenie wspólnych zainteresowań, partnerstwa i tolerancji, braku nałogów, a także dojrzałości do bycia z drugą osobą: „Żeby żyli w zgodzie, kochali się, dbali o siebie i swoje dzieci, by nie pili i nie palili" (R9).

Przestrzegano także przed „opieraniem związku tylko na seksie" czy zachęcano do przemyślenia decyzji o wstąpieniu w związek małżeński, a także kierowaniu się zasadami Kościoła katolickiego: „Przede wszystkim młodzi ludzie powinni dobrze zastanowić się nad tą decyzją, a jeśli już ją podejmą, to starać się dbać o swój związek i pielęgnować go każdego dnia. Bycie z drugą osobą codziennie nie jest takie łatwe, często życie przynosi nam trudy codziennego życia i trzeba rozwiązywać je razem przez wspólną rozmowę. Kiedy pojawiają się dzieci jest jeszcze trudniej. Ale radość jaką nam przynoszą potrafi osłodzić wszelkie kłopoty" (R5), „Przede wszystkim radziłabym, aby młodzi zakochani ludzie podejmowali decyzję o zawarciu związku małżeńskiego wtedy, kiedy będą na to gotowi i kiedy zdadzą sobie sprawę z tego, czym jest tak naprawdę miłość i małżeństwo. To nie jest droga usłana różami. Powinni nauczyć się jak ze sobą żyć – czy w kłótni czy w chorobie, aby nie doprowadzić do rozwodu. Żyć tak po katolicku" (R20), „Żeby obserwować wybranka dłuższy czas. Nie kochać ślepo. Trzeba też się sprawdzić seksualnie" (R22), „Między dwojgiem ludzi musi być przede wszystkim przyjaźń i szacunek. Wszystkie relacje powinny być budowane w oparciu o miłość Bożą. Oboje muszą prześcigać się między sobą w wyciąganiu ręki na zgodę. Chorobliwa zazdrość i opieranie związku tylko na seksie niszczy to, co w związku jest najważniejsze, czyli ciepło i radość z bycia razem. Jeśli to jest możliwe – nie powinno się współżyć przed ślubem" (R23).

W jednostkowych przypadkach (3) respondenci nie wiedzieli, co mogliby doradzić nupturientom w kwestii budowania związku małżeńskiego o wysokim poziomie jakości i trwałości: „Trudno coś konkretnego poradzić" (R16, R26), „Recepty na to nie ma" (R27) choć zdarzyło się, że po chwili zastanowienia dodawali: „Każdy powinien kierować się własnym rozsądkiem, własną wolą. Masz głowę na karku, to myśl! Ważna jest wytrwałość w podjętej decyzji" (R27).

Podsumowując, dla badanych seniorów podstawą sukcesu małżeńskiego/relacji z drugą osobą jest przede wszystkim jakość komunikacji małżeńskiej, w tym odpowiedni sposób porozumiewania się z drugą osobą w sytuacjach konfliktu. Stąd też po raz kolejny uzyskuje potwierdzenie opinia niektórych badaczy (w tym autorki niniejszej publikacji) zajmujących się znaczeniem komunikacji w życiu człowieka (w tym w życiu rodzinnym),

którzy komunikacji małżeńskiej przypisują rangę równą miłości małżeńskiej oraz nie zgadzają się ze stwierdzeniem głoszącym, że dobre małżeństwa, to takie, które rozumieją się nawet bez słów[23].

Zakończenie

Problem demograficznej starości jest, jak się podkreśla, problemem w szczególny sposób dotyczącym Polski, jednak liczba osób starszych zwiększa się na całym świecie. Podwójne starzenie się, feminizacja starości, singularyzacja życia seniorów to z pewnością zjawiska, które stanowią ogromne wyzwanie dla społeczeństw XXI wieku i mogą być źródłem istotnych przemian o charakterze społeczno-kulturowym (m.in. ze względu na wzrost statusu edukacyjnego osób wstępujących w wiek podeszły czy możliwości oferowanych przez rozwój medycyny)[24]. To także niezwykła okazja do tego, by zastanowić się nad rolą współczesnego człowieka starszego, jaką pełni i może pełnić w społeczeństwie, w rodzinie. Jedną z nich jest rola osoby dzielącej się swoją wiedzą, doświadczeniem z młodszym pokoleniem w zakresie budowania trwałego związku intymnego z drugą osobą w taki sposób, aby (czasem drobne i błahe) nieporozumienia – dla których z natury rzeczy rozległe pole tworzy życie z drugą osobą (małżeństwo) – nie stanowiły (drobnej i błahej) przyczyny jego rozpadu. „Człowiek nowoczesnego świata zbyt łatwo zrywa kontakty z drugim człowiekiem (…). W utrzymywanie kontaktów międzyludzkich nie wkłada on tyle wysiłku, ile one często wymagają. Zbyt łatwo porzuca jedne osoby, a zwraca się ku nowym, w nadziei, że z nimi lepiej ułożą się wzajemne stosunki. Ostatecznie nie nawiązuje trwałych więzi z drugą osobą ani z rzeczami – i pozostaje osamotniony. Wszystko ma, ale z nikim nie dzieli swojego życia”[25]. Badania własne wskazują, że jednym z najważniejszych czynników udanego związku z drugą osobą jest rozmowa. Rozmawiać z drugim człowiekiem – nie tylko mówić i/lub słuchać, ale rozmawiać.

23 Por. M. H. Herudzińska, *Strategie komunikacyjne w konfliktach. Od domowej wojny do integracji małżeństwa?*, [w:] M. Podkowińska, (red.), *Komunikacja w rodzinie*, Wydawnictwo SGGW Warszawa 2016, s. 83-101.

24 Por. np. R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa 2013, s. 6-16.

25 L. Dyczewski, *Rodzina, społeczeństwo, państwo*, TW KUL, Lublin 1994, s. 38.

The changes in family life from the perspective of the over 75s

Some researchers describe the ch, anges in family and marital life that we are currently experiencing (i.e. the inclusive nature of the definition of family, the new demographic structure) as revolutionary; the changes can and do inspire fear. What future scenarios for the family and marriage are the most plausible? Will they bring on the reinstitutionalisation of marriage? The disappearance of the family? Will serial monogamy become the life style of the future generations? What will be its implications? Has it been better in the past? In this research we put these and other questions to people over 75 years old; people who can share their wisdom and experience with those whose current and future behaviour and choices will and already do define the shape of tomorrow.

Bibliografia

Attali J., *Słownik XXI wieku*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2002.

Boni M. (red.), *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2009, https://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Aktualnosci/seniorzy/badania%20aktywne%20starzenie/pl_2030_wyzwania_rozwojowe.pdf [Dostęp: 30.04.2015].

Drozdowski R., *Solidarność pokoleń – dobrze brzmiący postulat polityki społecznej, z którym ma ona coraz więcej kłopotów*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny", 2012 nr 3, s 12.

Dyczewski L., *Rodzina, społeczeństwo, państwo*, TW KUL, Lublin 1994.

Herudzińska M. H., *Idealny partner, czyli o społeczno-kulturowych granicach „bezgranicznej miłości"*, [w:] W. Muszyński (red.), *Więzi w małżeństwie i rodzinie – zaufanie, współdziałanie, zależność*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011.

Herudzińska M. H., *Rodzina w świadomości społecznej. Co (kto) tak naprawdę stanowi rodzinę? Społeczne (re)konstruowanie definicji rodziny*, [w:] K. Ferenz, E. Kowalska (red.), *Wychowanie w rodzinie. Odmienne sytuacje i nowe zadania,* Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Instytut Pedagogiki Uniwersytet Wrocławski, Jelenia Góra 2012.

Herudzińska M. H., *Rodzina w służbie seniorom*, [w:] E. Bojanowska, M. Kawińska (red.), *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności,* t. 1, Kontrast, Warszawa 2015.

Herudzińska M. H., *Strategie komunikacyjne w konfliktach. Od domowej wojny do integracji małżeństwa?* [w:] M. Podkowińska (red.), *Komunikacja w rodzinie*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2016.

Kałdon B. M., *Rodzina jako instytucja społeczna w ujęciu interdyscyplinarnym,* [w:] „Forum Pedagogiczne", 2011 nr 1.

Karmolińska-Jagodzik E., *Komunikacja międzypokoleniowa – rozważania wokół różnic kulturowych*, „Studia Edukacyjne", 2012/nr 21, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/4286/1/studia_eduk_21_s_191-210.pdf [Dostęp: 14.04.2015].
Kijak R. J., Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa 2013.
Kwak A., *Rodzina i jej przemiany,* ISNS UW, Warszawa 1994.
Kwak A., *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2005.
Kwak A., *Od i do małżeństwa i rodziny: „czas" rodziny – „czas" jednostki,* [w:] A. Kwak, M. Bieńko (red.), *Wielość spojrzeń na małżeństwo i rodzinę*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.
Pikuła N.G., *Mądrość życiowa osób starszych paradygmatem wychowawczym współczesnej rodziny*, [w:] B. Balogová (red.), *Elan vital v priestore medzigeneracnych vztahov*, Filozofická fakulta Prešovskej university, Presov 2010.
Stanisz A., *Rodzina made in Poland. Antropologia pokrewieństwa i życia rodzinnego,* Agata Stanisz, Poznań 2014, s. 305; https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/9917/1/Rodzina%20made%20in%20Poland_Agata%20Stanisz.pdf [Dostęp: 20.04.2015].
Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 2014.
Szukalski P., *Rozwody w Polsce w ujęciu regionalnym*, „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny" 2013, nr 4; http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3557/2013-04%20Rozwody.pdf?sequence= [Dostęp: 22.04.2015].

Źródła internetowe:

Informacja o sytuacji społeczno-demograficznej kraju w roku 2014, GUS 2015, http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/informacje-o-sytuacji-spoleczno-gospodarczej/informacja-o-sytuacji-spoleczno-gospodarczej-kraju-w-2014-r-,1,32.html# [Dostęp: 22.04.2015].
Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie, CBOS 2013,
http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_033_13.PDF [Dostęp: 30.04.2015].
http://sklep.mleczko.pl/pl/p/Plakat-czarno-bialy-Gumowa-kaczuszka-80/225 [Dostęp: 15.05.2015].
https://mojepanstwo.pl/dane/sejm_komunikaty/1947,informacja-posiedzeniu-komisji-polityki-spolecznej-rodziny [Dostęp: 13.04.2015].

Iwona A. Oliwińska

Postrzeganie starości i związane z nią oczekiwania na podstawie analizy stylów życia seniorów

O badaniach i badanych

Artykuł powstał na podstawie dwóch studiów dotyczących stylów życia seniorów. Obydwa zostały zrealizowane z wykorzystaniem metodologii jakościowej, a ich celem było zbadanie i rekonstrukcja przestrzeni kulturowych. Interesowało mnie, jakie są style życia seniorów aktywnych, podróżujących za granicę oraz tych, którzy nie mają takich pasji.

Pierwsze badanie terenowe zrealizowałam w latach 2009-2011[1] podczas kilkunastu wycieczek zagranicznych typu objazd[2]. Uczestniczyły w nim osoby (wybrałam 100 osób w wieku 65-75 lat) w wieku poprodukcyjnym, aktywne i nieaktywne zawodowo, z budżetem domowym przekraczającym 1500 zł na osobę w gospodarstwie domowym. Badani posiadali wykształcenie zawodowe, średnie lub wyższe, mieszkali w małych, średnich lub dużych miastach. Zastosowałam obserwację uczestniczącą, by, z jednej strony, móc uczestniczyć w działaniach grupy turystów, ale, z drugiej, też obserwować ich zachowania w różnych sytuacjach oraz współdoświadczać z nimi inną kulturę. Z chętnymi osobami przeprowadzałam wywiady swobodne ukierunkowane w trakcie trwania imprezy objazdowej. Zarówno podczas obserwacji, jak i wywiadu istotny był dla mnie kontekst działań, sytuacji i wypowiedzi. Jest to ważne dla badania stylów życia ze względu na możliwość odróżnienia tego, co nawykowe od tego, co uświadomione, zrozumienia motywacji zachowań, przypisywanych wartości działaniom i rzeczom[3].

Drugie badanie rozpoczęłam w 2012 roku na terenie Dzielnicy Praga Północ (rejon Szmulowizna) w Warszawie. Tym razem zastosowałam obserwacje uczestniczącą i nieuczestniczącą oraz wywiady narracyjne. w grupie badanych znalazły się również osoby (wybrałam 20 osób, w wie-

1 Szerzej [w:] I. Oliwińska, *Turystyka kulturowa jako element stylu życia seniorów,* [w:] M. K. Leniarek, K. Widawski (red.), *Nowa ekonomia turystyki kulturowej,* Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania „Edukacja", Wrocław 2012, s. 93-103.

2 Taka impreza turystyczna trwa zazwyczaj 7-8 dni, w trakcie których zwiedzany jest wybrany kraj, region geograficzny.

3 A. Siciński, *Styl życia. Kultura. Wybór,* Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2002, s. 82.

ku 65-75 lat) w wieku poprodukcyjnym, aktywne i nieaktywne zawodowo, z budżetem domowym nieprzekraczającym 1200 zł na osobę w gospodarstwie domowym. Osoby badane zakończyły swoją edukację na poziomie zawodowym lub średnim, mieszkały w Warszawie od urodzenia lub przybyły tu ze wsi lub małych miasteczek.

Ze zgromadzonego materiału w obu badaniach wybrałam te wywiady (po 20 z każdej z grup badanych), w których najsilniej został zaakcentowany wątek starości, jej postrzegania, sposobów traktowania seniorów czy oczekiwań kierowanych przez seniorów do bliskich, jak i instytucji czy urzędów – o czym traktować będzie niniejszy artykuł.

Obydwie grupy badanych charakteryzują się pewnymi różnicami, chociażby w poziomie wykształcenia czy dochodach, ale także w zasobach kapitałów symbolicznego i społecznego. Inny był także sposób traktowania badacza przez badanych. Osoby z pierwszej grupy miały świadomość, że spotkamy się ten jeden raz podczas zagranicznej wycieczki objazdowej, traktowały mnie tylko jako uczestniczkę wycieczki, osobę obcą. Zaś te z drugiej grupy, postrzegają mnie jak znajomą, kogoś kogo można spotkać na co dzień, mieszkankę tej części dzielnicy, badacza społecznego[4]. To także ma wpływ na jakość uzyskiwanego materiału w wywiadach, jego wiarygodność. Te osoby mają świadomość, że mogę zweryfikować, to o czym mi opowiadają. W przypadku osób z pierwszej grupy mogły się zdarzać w ich wypowiedziach jakieś niezgodności ze stanem faktycznym, których nie mogłam zweryfikować.

Znaczenie miało także miejsce, czas w jakim był realizowany wywiad. W przypadku pierwszej grupy – to czas wolny poświęcany na realizację pasji – podróżowanie. Miejsca – to piękne krajobrazy, zabytki, wytwory materialne zwiedzanych państw – wywołują zazwyczaj pozytywne emocje. Te dwa czynniki wpływały znacząco na samopoczucie badanych, a także na ich ogląd pewnych sytuacji („jak jestem tu i rozmawiam z Tobą, to wydaje mi się to takie prawie bez znaczenia, jak wrócę to pewnie znów będę myślała inaczej" K/15/10)[5].

Z przedstawicielami drugiej grupy spotykałam się w ich mieszkaniach, w wybranych przez nich terminach. Miejsce realizacji badania dawało wielu uczestnikom poczucie bezpieczeństwa i prywatności. Jednak nie wszyscy czuli się w pełni swobodnie podczas wywiadów – przyczyną był niski standard mieszkania i jego wyposażenia[6] .

4 Na Szmulowiźnie zrealizowałam swoje pierwsze badania, szerzej: I. Oliwińska, *Warszawskie Szmulki. Miejsce, ludzie, style życia*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2008.

5 Zacytowana wypowiedź badanego. Kod: Płeć/kolejny numer wywiadu/rok przeprowadzenia wywiadu.

6 Mieszkania komunalne, w których mieszkały osoby badane, składały się z jednej lub więcej izb mieszkalnych. Każda z nich miała ok. 14 m kw. powierzchni. Ponadto, mieszkanie wyposażone

Czas i miejsce można rozumieć jeszcze w inny sposób – z perspektywy badanych. Czas – jako ostatni etap w życiu badanych, a miejsce – usytuowanie i znaczenie w rodzinie, w zakładzie pracy, gronie znajomych czy ogólnie w społeczeństwie. Badani w różny sposób wartościowali ten etap w swoim życiu – „ nie czuję się tak bardzo stara, ale wiem, że po starości nic już dalej nie ma"(K/19/10), „stary jak dziecko, zęby wypadają, włosy, ale dziecko z tego wyrasta, a stary umiera"(M/5/12), „teraz jest czas dla mnie, na to czego nie zrobiłam wcześniej, jestem wolna, mogę się spotykać z kim chcę i robić co chcę"(K/16/11), „odkąd mój mąż zmarł, dzieci zaczynają mnie więcej kontrolować, oni uważają, że to opieka, a dla mnie to kontrola. Ciągle pytają: gdzie idziesz, co robisz, z kim, dlaczego. Jestem sprawna, przytomna, chcę żyć póki mogę"(K/14/09).

Jeżeli chodzi o miejsce, to badani zdają sobie sprawę, że zmienił się ich status w różnych obszarach życia. W rodzinie – wątek, który pojawił się wcześniej – dzieci starają się kontrolować swoich rodziców, zwłaszcza jeśli ci znajdują sobie nowych partnerów. Przejście na emeryturę też zmieniało status badanych w rodzinie – stawali się pełnoetatowymi babciami/dziadkami lub dodatkowym źródłem pomocy finansowej dla swoich dzieci. Wreszcie wyjście z grupy produkcyjnych, które automatycznie przenosiło badanych do grupy emerytów i oznaczało wejście w starość. U niektórych badanych pojawiało się uczucie bycia nieprzydatnym – „nie pracuję, wnuki już same chodzą do szkoły, Henryk nie żyje, nie mam czym się zająć, nikt niczego nie oczekuje ode mnie" (K/2/12). Dla mężczyzn bardziej, niż dla badanych kobiet, ten etap życia wywoływał wiele obaw – „nie czuję się stary, jeszcze mogę spełnić się w sypialni, ale nie wyglądam jak młodzieniaszek, a za kilka lat – nie będę już pełnowartościowym facetem!" (M/18/10), „niestety wiem, że jestem stary, bo coraz częściej zdarzają mi się usterki. Chciałbym, a nie mogę już tak jak wcześniej" (M/15/11).

I wreszcie status badanych w społeczeństwie, które funkcjonuje w kulturze wiecznej młodości. Starość, niepełnosprawność, różne choroby, śmierć, jeśli funkcjonują, to na obrzeżach życia społecznego. Wprawdzie coraz więcej pojawia się ofert dla seniorów (w większości edukacyjnych), media nagłaśniają kwestie starzenia się społeczeństwa, brak opieki geriatrycznej, domy mody lub projektanci przygotowują pokazy z udziałem ponad 70-letnich modelek, to nadal są sfery życia, zdaniem badanych, zupełnie pomijane. Nierzadko wypowiedzi uczestników badań nacechowane były emocjonalnością, przewija się nostalgia, żal za utraconą młodością czy poczucie niesprawiedliwości w odniesieniu do sposobów traktowania seniorów. Ocena własnej, aktualnej sytuacji w różnych obszarach życia uzależ-

było w energię elektryczną i zimną wodę. Łazienka i wc znajdowały się poza mieszkaniem, i były do dyspozycji kilku sąsiadujących lokatorów.

niona była od wielkości zasobów kapitałów: kulturowego, ekonomicznego i społecznego, a także płci i wieku. Im większe zasoby i młodszy wiek, tym częściej oceny były lepsze, większa świadomość tego, co można jeszcze zrobić, by poprawić swoją jakość życia, a kobiety częściej niż mężczyźni podkreślały zalety swojej niezależności, zmiany obyczajowości, która pozwala im na bycie aktywną stroną podejmowanych działań czy decyzji.

Badani o starości i swoich oczekiwaniach

Po przejściu na emeryturę u wszystkich badanych nastąpiły mniejsze lub większe zmiany w stylach życia. Zaczęli inaczej konstruować swoje przestrzenie kulturowe. Inne elementy stylu życia zaczynały od tego granicznego momentu odgrywać większą rolę. Zaczynał się ich nowy etap w życiu. Ukończenie 60 lub 65 roku życia, wejście w grono emerytów dla większości badanych oznaczało wejście w starość. Różnice polegały również na postrzeganiu, rozumieniu własnej starości i starości w ogóle.

Większość z badanych osób nie przygotowywała się sukcesywnie do tego nowego etapu życia. Nie podejmowali więc działań mających na celu zabezpieczenie sfery materialnej czy zdrowotnej. Brak przygotowania, myślenia prospektywnego odziedziczyli po swoich rodzicach, traktując starość jako coś nieuniknionego – „nie było czasu na myślenie, trzeba było wychować dzieci, pracować zawodowo na dwóch etatach. Wiedziałam, że kiedyś to nastąpi i jakoś z tym trzeba będzie żyć”(K/21/10); „i tak bym nic nie wymyślił, nie było przecież żadnych dodatkowych ubezpieczeń, a zdrowie – tak jak bym miał czas wolny to pewnie jakiś sport bym uprawiał, dzieci, żona na utrzymaniu, trzeba było pracować na utrzymanie rodziny” (M/12/09); „a kto by tam się jakoś szykował, wiadomo jesteś dzieciakiem, dorośniesz idziesz do roboty, mąż, dzieciaki, no i normalnie idziesz na tą emeryturę, zajmujesz się wnukami, częściej do lekarzy. No takie tam życie, dziś jesteś młoda, jutro stara, tak było, jest i będzie” (K/03/12). Zaledwie kilkoro spośród badanych wspominało, że od najmłodszych lat aktywnie spędzało czas wolny (pływanie, gimnastyka poranna, jazda na rowerze), ale też starało zabezpieczyć swoją przyszłość lokując pieniądze w złocie, obcej walucie czy na lokatach bankowych.

Część spośród badanych uważało, że rodzicami powinny zaopiekować się dzieci, pomagać im w zależności od potrzeb „wiedziałam, że nie będę miała dużej emerytury, ale liczyłam na dzieci. W rodzinie jakoś łatwiej jest wszystko przetrwać. Ja też pomagałam swoim rodzicom” (K/10/09); „najpierw rodzice opiekują się dziećmi, a potem one rodzicami. Tak zawsze było, myśmy z żoną pomagali teściom i mojej mamie” (M/05/09).

Odmiennie też u badanych wyglądało konstruowanie nowych stylów życia. Praca zawodowa jako element stylu życia u niektórych został zastą-

piony aktywnością społeczną (np. działanie w stowarzyszeniach, wspólnotach mieszkaniowych) lub pomocą dzieciom (np. opieka nad wnuczętami), albo zarobkowaniem w innej branży nich dotychczas (np. praca w niepełnym wymiarze w handlu czy usługach). Czas wolny badani starają się wypełniać w różny sposób. Część z nich stara się realizować swoje pasje (np. podróże, fotografowanie, żeglowanie, gotowanie dla przyjemności) lub szukać nowego hobby (np. taniec, rękodzieło, kolekcjonerstwo). Jeszcze inni zamykają się w kręgu rodziny, telewizji, parafii i ewentualnie sąsiadów. Wycofują się z wielu sfer życia, reprodukują wzór seniora-emeryta biernego: „I gdzie ja mam tam latać, po co? Do czego mi to potrzebne? Jak mi się nudzi poczytam, pójdę do Kościoła, albo zadzwonię do córki. Człowiek stary to powinien siedzieć w domu, taka jest kolej rzeczy na tym świecie"(K/3/12). Jest też grupa aktywnych, którzy działają w internecie. Nie tylko przeglądają wybrane strony, ale mają własne blogi, udzielają się na tematycznych forach internetowych (klub.senior.pl) czy portalach (np. Senior.pl), korzystają ze skypa. Największym zainteresowaniem wśród badanych cieszyły się strony, blogi, fora związane ze zdrowiem, kulinariami, podróżami, fotografowaniem, grami karcianymi, obsługą programów komputerowych czy wiadomościami (ogólnokrajowe, regionalne, kulturalne). Ta aktywność nie wiązała się bezpośrednio z posiadanymi zasobami finansowymi czy poziomem wykształcenia, ale przede wszystkim z, jak to nazwał jeden z uczestników badania, „…taką chłonnością, ciekawością od zawsze"(M/10/09). Jeszcze inne osoby, które nie korzystały z internetu, ale można je zaliczyć do grupy aktywnych, starały sobie zagospodarować czas w świecie realnym. Wykorzystując informacje z radia, telewizji czy prasy lub od znajomych brały udział w imprezach kulturalnych, różnego rodzaju warsztatach (konsultacje społeczne, rozwój umiejętności), programach adresowanych do seniorów (np. badania profilaktyczne, gimnastyka rehabilitacyjna, nauka obsługi komputera i inne). Większość z nich nie była odpłatna, co miało duże znaczenie, ale większym było poznanie nowych osób czy zaspokojenie określonych potrzeb „Przestałam siedzieć w domu, odważyłam się. Poznałam kilka osób, już nie czuję się tak całkiem samotna po śmierci Zbyszka. A te warsztaty w klubie będę polecała innym. Wiesz to lepienie z gliny uspokaja mnie i nawet mi się podobają, te moje kubeczki"(K/4/12).

Podziały są też widoczne w sposobach traktowania starości. Ci mniej aktywni i zamknięci w ograniczonym liczebnie świecie społecznym są też bardziej przywiązani do tradycji i jej hołdują w wielu sferach życia. Te osoby uważały, że ze starością własną trzeba się pogodzić. Wiek zobowiązuje do określonych działań lub ograniczania innych. Ich zdaniem należy bardziej skoncentrować się na życiu religijnym niż towarzyskim. Dbałość o wygląd (modny strój, makijaż, używanie kosmetyków pielęgnacyjnych, diety, gimnastyka) to domena ludzi młodych. Senior powinien zachowy-

wać się i wyglądać odpowiednio do swojego wieku „Jestem już po 70-tce, mam wnuka prawie 20-letniego, nie będę robił z siebie pajaca! Faceci się kremami smarują, latają do jakichś kosmetyczek, a jakie ubrania noszą! Mój ojciec jak był w moim wieku to golił się, mył, matka mu wyprasowała spodnie, koszulę i wystarczyło, mnie też starczy. Starzy chcą udawać, że nie są starzy, a wyglądają jak wypacykowane kukły" (M/1/12). Seniorzy z tej grupy nie rozważają także możliwości wchodzenia w nowe związki, bez względu na ich status. Wszyscy brali śluby kościelne, a po śmierci współmałżonka pozostają we wdowieństwie. Bycie z drugą osobą w związku niesakramentalnym jest nie do zaakceptowania: „Miałam męża, teraz jestem wdową. Na starość mam szukać nowego męża? Po co mi on teraz? Dziś to każdy z każdym bez ślubu. Pobędzie, a potem się rozejdą. Na stare lata robić z siebie nie wiadomo co, latać za innym. Ja nie byłam tak wychowana" (K/1/12).

Chociaż dla jednej grupy seniorów starość to określony etap w życiu i należy prezentować odpowiednie zachowania, wycofywać się z kolejnych obszarów życia, chować tę starość w domu to dla tej grupy starość nie jest powodem do ograniczania aktywności w wielu sferach. To czas na ułożenie sobie życia prywatnego, realizowanie pasji, na naukę i poznawanie innych ludzi. To, jak wspomniało kilkoro badanych „taki czas dla siebie", po zakończeniu aktywności zawodowej, a wcześniej wychowaniu dzieci. „Rzadko zaglądam do dowodu czy kalendarza, wiem ile mam lat, ale czy mam się położyć już do trumny? Nic mi się już nie należy?"(M/16/10). Grupa badanych bardziej otwartych uważa, iż nie należy poddawać się starości, dyktatowi kultury młodości i żyć na tyle na ile pozwalają zdrowie, finanse czy możliwe do zrealizowania potrzeby.

Przedstawiciele obydwu grup zgadzają się, że starość nie jest miłym doświadczeniem społecznym czy osobistym. Ona źle się kojarzy „stary to coś nieprzydatnego, nieaktualnego, ale z drugiej strony stary to zabytkowy, taki wartościowy" (K/12/11) „Stary dziad, stara baba, pomarszczony, niedołężny, schorowany, biedny, ale to jeszcze nie ja"(M/5/11). Czasem trudno jest się z tym pogodzić, zwłaszcza jeśli zderza się wiek kalendarzowy z wewnętrznym samopoczuciem czy oceną społeczną. Z jednej strony badani oceniają swoją sprawność fizyczną jako „jeszcze dobrą", ale z drugiej w wielu sytuacjach jest ona pewnym ograniczeniem (np. szybkie przemieszczanie się po mieście, forsowanie barier architektonicznych, transportowanie zakupów). Chociaż badani mają świadomość, że są starzy (ale czują się „jeszcze młodo"), to nie godzą się z dyskryminowaniem ze względu na wygląd czy wiek. Często czują się źle („nie na miejscu") w przestrzeniach przeznaczonych dla młodych lub przez nich zawłaszczanych, albo gdy jakieś aktywności są adresowane dla młodych osób. Podobna sytuacja też ma miejsce, gdy poszukują pracy, by zwiększyć swój

budżet. Problemem jest wiek i obawa potencjalnego pracodawcy przed niepełną sprawnością psychofizyczną pracownika. Częściej spotykają się z ofertami pracy bez umowy lub tylko z częścią wynagrodzenia zawartego w umowie bądź z komentarzami, że chcą zabrać szansę młodym, bezrobotnym. Równie nieprzyjemne sytuacje zdarzają się, gdy chcą coś załatwić w różnych firmach i są odsyłani do wirtualnego biura obsługi klienta lub otrzymują informacje, że potrzebne im materiały czy wiadomości są lub były zawarte na stronach internetowych. Jest to trudne zwłaszcza dla osób, które nie mają dostępu do internetu lub nie potrafią obsługiwać komputera i odpowiednich programów. Dolegliwe także staje się załatwianie spraw w urzędach, zwłaszcza gdy pracownicy zbyt szybko i pobieżnie tłumaczą jak załatwić daną sprawę, „w urzędach, albo w tym UPC pracują głównie młodzi ludzie. Niektórzy mówią szybko, niewyraźnie, a gdy ja dopytuję, to zaczynają się emocje, powtarzają, ale podniesionym głosem. Ja słyszę dobrze, ale nie znam wielu nazw, a oni się unoszą. Czy dziś nie wolno czegoś nie zrozumieć?" (M/5/12).

Badani także mają problemy z doborem odpowiedniego stroju, obuwia czy bielizny. W większości są one adresowane dla młodych, aktywnych, natomiast dla starszych poszukujących wygody i dobrej jakości materiałów, ale dysponujących mniejszym budżetem oferta jest niewielka i często również nieatrakcyjna (fasony, kroje). Największym jednak problemem dla badanych jest dostępność do lekarzy specjalistów i zajęć rehabilitacyjnych (zbyt długi czas oczekiwania na wizyty, pakiety ze zbyt małą liczbą zabiegów). Jeszcze innym utrudnieniem codziennego funkcjonowania jest zbyt mały druk ulotek informacyjnych na produktach żywnościowych, kosmetycznych, suplementach diety czy drukach urzędowych. Seniorzy także skarżą się na brak wyrozumiałości ze strony młodszych osób (nie tylko młodzieży). Młodsi, ich zdaniem, nie rozumieją, że starsi nie potrafią odnaleźć się w szybkim tempie życia, zmian technologicznych. I to nie ze względu na swoją niechęć, ale ze względu na wiek, obniżającą się sprawność fizyczną i umysłową.

W trakcie opracowywania materiałów pochodzących z wywiadów wybrałam najczęściej wypowiadane przez seniorów postulaty kierowane do: państwa, rodziny, społeczeństwa. Te adresowane do „państwa" to: zapewnienie godziwej emerytury, która pozwoli przeżyć ten etap w spokoju, zapewni przyzwoitą jakość życia. Tu badani także widzą konieczność opracowywania w przyszłości takich programów i instrumentów finansowych, które pozwolą przyszłym pokoleniom seniorów na „odłożenie sobie na przyzwoitą emeryturę".

Oprócz tego ważne jest dostosowanie opieki medycznej i społecznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, bez konieczności nadmiernego obciążania rodziny. Przede wszystkim większa dostępność do lekarzy

specjalistów, ale także do domów opieki (prywatnych lub publicznych), w których będzie można spokojnie dożyć końca swego czasu. Inną propozycją byłaby możliwość posiadania opiekuna, który przejąłby część obowiązków, opieki nad straszą osobą. Ważne jest także wyposażenie mieszkania w przedmioty i urządzenia ułatwiające codzienne funkcjonowanie, ale również dotyczy to przestrzeni miejskiej, publicznej. Tu także padały przykłady osiedli niemieckich czy holenderskich (z pełną infrastrukturą i opieką) dla seniorów.

Seniorzy często wspominali, że należy oswajać starość, przygotowywać młodsze pokolenia na jej nadejście. Wobec tego powinno się uczyć budowania kapitału własnego ciała i umysłu od najmłodszych lat. Także powinny być realizowane programy integrujące pokolenia najstarsze z najmłodszymi, pozwalające na wzajemne uczenie się siebie.

Ważne dla seniorów również byłoby przygotowywanie oferty spędzania czasu wolnego, ale oparte na ich potrzebach i możliwościach (w tym np. finansowych). Tu także seniorzy zwracali uwagę, że istniejąca infrastruktura kulturalna czy sportowa powinna być tak zmodyfikowana, by była dostępna dla seniorów.

Wreszcie druga kategoria to „rodzina". Seniorzy mają zróżnicowane oczekiwania. Część oczekiwałaby większego zainteresowania najbliższych ich sprawami, tj. stanem zdrowia, sytuacją finansową czy pomocą w przezwyciężaniu samotności (częstsze kontakty, wspólne spędzanie czasu wolnego). Inna grupa natomiast oczekiwałaby od swoich dzieci mniejszej kontroli w sferze życia intymnego, a tym samym zrozumienia, że seniorzy chcąc przezwyciężyć swoją samotność starają się szukać nowych partnerów. W wypowiedziach seniorów często pojawiało się rozżalenie, że stracili swój monopol na wiedzę i władzę w swoich rodzinach. Ich dzieci i wnuczęta często nie słuchają ich rad, kwestionują ich wiedzę życiową.

Ostatnia grupa, do której adresowane są oczekiwania seniorów to „społeczeństwo". Podobnie jak w przypadku rodziny, seniorzy chcieliby, aby w przestrzeni publicznej respektowano ich wiek, wiedzę, doświadczenie życiowe i zawodowe. Życzyliby sobie, aby ich wiek nie był powodem do dyskryminacji w wielu sferach. Chcieliby zmiany stereotypowego postrzegania ludzi starych jako schorowanych, niedołężnych, biednych, zaniedbanych pod względem wyglądu, żyjących w świecie ograniczonym tradycją, wycofanych z życia społecznego. Oczekiwaliby akceptacji i szacunku dla starości.

Podsumowanie

W badaniach uczestniczyły dwie grupy seniorów o bardzo zróżnicowanych zasobach kapitałowych, ale także charakteryzujący się różnymi hie-

rarchiami wartości, poglądami czy sposobami bycia w świecie. Starość postrzegali jako swój ostatni etap życia i chcieli przeżyć go w jak najlepszy dla siebie sposób. Momentem przełomowym w życiu badanych seniorów było przejście na emeryturę. Zaczęły się zmieniać ich oczekiwania, potrzeby, a tym samym rozpoczęli przekształcanie swoich przestrzeni kulturowych. Styl życia tylko w części jest określony przez możliwości zaspokajania odczuwanych potrzeb, w większej mierze przez rodzaj potrzeb[7]. Oczywiście, poziom życia determinuje w znacznym stopniu możliwości wyboru sposobu zaspokajania potrzeb, jakie mają jednostki i/lub grupy społeczne. Poniżej pewnego poziomu wybór praktycznie nie istnieje, ponieważ środki finansowe przeznaczone są wyłącznie niemal na „pierwsze (podstawowe) potrzeby". Jednak w przypadku badanych seniorów odczuwane potrzeby zaczęły przekładać się na aktywność w różnych obszarach życia niezależnie od posiadanych zasobów finansowych, płci czy miejsca zamieszkania. Natomiast różnice wynikały z poziomu wykształcenia i stanu kondycji fizycznej oraz postrzegania starości, a właściwie starego człowieka w rodzinie, społeczeństwie. Nie dla wszystkich badanych, jak napisałby Anthony Giddens[8], dostępne były wszelkie możliwe opcje wyboru stylu życia. Dla badanych powielających strategie życiowe po swoich rodzicach, w dokonywanych wyborach w różnych sferach życia widoczne były ograniczenia wynikające z przywiązania do tradycyjnych systemów wartości czy zachowań, jakie powinni prezentować seniorzy. Ta grupa jest bardziej podatna na przekazy medialne dotyczące starości i roli starego człowieka, poddaje się kulturze młodości, żyje swoją przeszłością, nostalgią. Aktywność charakterystyczna dla tej grupy, ze względu na sfery zainteresowań, to głównie domowo-rodzinna i religijna[9] lub samotnicza i nieformalna biorąc pod uwagę podejmowane czynności. Rekonstruując strategie życiowe, na podstawie narracji badanych z te grupy, można powiedzieć, że widoczne jest działanie zgodne z teorią wycofywania się (wyłączania się) [10].

Wśród drugiej grupy badanych, których określam mianem otwartych na świat, widoczna jest chęć przeorganizowania swojego życia, tak by zapełnić pustkę powstałą po opuszczeniu domu przez dzieci, wychowaniu wnuków, zakończeniu aktywności zawodowej. Ta grupa stara się udowodnić, że dla starości jest miejsce we współczesnym świecie, że ten etap życia może być na swój sposób atrakcyjny. W tym przypadku mamy do czynienia z działaniami odnoszącymi się do teorii aktywności. Istotny jest w niej związek pomiędzy

7 A. Siciński, *Styl życia. Koncepcje i propozycje,* PWN, Warszawa 1976, s. 17-18.

8 A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, PWN, Warszawa 2010.

9 B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza „ASPRA-JR", Warszawa 2006, s. 161 i nast.

10 I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się,* Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006, s. 159.

stopniem aktywności a satysfakcją z życia. Bycie aktywnym ma skutkować bardziej pozytywnym wizerunkiem własnej osoby i lepszymi zdolnościami dostosowawczymi. Wedle teorii aktywności osoby stare mają takie same potrzeby społeczne jak ludzie w średnim wieku i dlatego społeczne wycofanie się w okresie starości jest sprzeczne z potrzebami jednostki[11].

Te badania pokazują – jak pisał Andrzej Siciński, iż styl życia jest charakterystyczny dla jakiejś grupy nie tylko w kategoriach klasowo-warstwowych, ale także w innych ważnych dla społeczeństwa (np. zawód, wiek) – że tak nie jest w przypadku jednej z grup badanych. To nie styl życia jest wyróżnikiem dla seniorów, że jest im przypisany wraz z wiekiem, ale przeciwnie, można być seniorem, ale stworzyć taką przestrzeń społeczną, która nie musi być charakterystyczna dla wieku, lecz dla hierarchii potrzeb, zapewnienia bezpieczeństwa swojej tożsamości. Ta grupa aktywnych, otwartych seniorów, eksperymentuje ze swoim stylem życia, na zasadzie przystawalności jego elementów, ale także pokazuje widoczny trend – odchodzenie od wzoru biernego emeryta, przełamywania stereotypów dotyczących tej grupy społecznej.

Niemniej jednak ważną kwestią, która nie zostanie wyłącznie rozwiązana przez działanie samych zainteresowanych jest, to o co postulował kilka dekad temu Aleksander Kamiński, wychowanie do starości.[12]

Perception of old age and related expectations based on the analysis of seniors' lifestyles

The paper was created on the basis of the results of two field studies on seniors' lifestyles. As the observation and interview materials indicate, seniors treat retirement as entering old age. A differentiating factor of hierarchies of needs and, at the same time, taking actions in changing lifestyles, is the education level. Old age is perceived as the last stage of life which must be lived according to one's own concept. Seniors direct their catalog of needs towards the family, the state and the society. They expect numerous system changes which may help next generations prepare actively to old age and restore old age its proper place in the society. As far as their expectations towards the nearest and dearest are concerned, they seek interest, understanding and acceptance of decisions made by them.

11 W. Zgliczyński, *Aktywność społeczna osób starych w Polsce w ramach wolontariatu i uniwersytetów trzeciego wieku*, *Studia BAS*, 2012 nr 2(30), s. 132-133.

12 A. Kamiński, *Wychowanie do starości*, „Zdrowie Psychiczne" nr 1971, 1-2 s. 93 A. Kamiński, *Pedagogiczne zainteresowania gerontologią społeczną jako odzew na potrzeby przyspieszonej zmienności świata*, „Zeszyty Naukowe" 1977, nr 7, s. 28.

Bibliografia:

A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, PWN, Warszawa 2010.

A. Kamiński, *Wychowanie do starości*, „Zdrowie Psychiczne„ 1971, nr 1-2.

A. Kamiński, *Pedagogiczne zainteresowania gerontologią społeczną jako odzew na potrzeby przyspieszonej zmienności świata*, „Zeszyty Naukowe", 1977, nr 7.

I. Oliwińska, *Warszawskie Szmulki. Miejsce, ludzie, style życia,* Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2008.

I. Oliwińska, *Turystyka kulturowa jako element stylu życia seniorów,* [w:] M. K. Leniarek, K. Widawski (red.), *Nowa ekonomia turystyki kulturowej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania „Edukacja", Wrocław 2012.

A. Siciński, *Styl życia. Kultura. Wybór*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2002.

A. Siciński, *Styl życia. Koncepcje i propozycje*, PWN, Warszawa 1976.

B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej,* Oficyna Wydawnicza „ASPRA-JR", Warszawa 2006.

W. Zgliczyński, *Aktywność społeczna osób starych w Polsce w ramach wolontariatu i Uniwersytetów Trzeciego Wieku*, „Studia BAS" 2012, nr 2(30).

Joanna Hoffmann-Aulich
Arleta Wojciechowska-Łącka
Grażyna Milewska-Wilk
Monika Lato-Pawłowska
Jan Łącki

Wpływ samodzielnego funkcjonowania seniora na poziom satysfakcji z życia i nasilenie depresji

Wprowadzenie

O starości mówi się od wieków. Już Hipokrates przypisał okresom życia pory roku. Dla starości zarezerwował zimę i zaznaczył, że rozpoczyna się w wieku pięćdziesięciu sześciu lat. Arystoteles jeszcze bardziej skrócił odległość do starości, podając granicę pięćdziesięciu lat. Inaczej do tej kwestii podszedł św. Augustyn, który na początku mówił o siedmiu okresach życia, by ostatecznie pozostać przy sześciu. Stwierdził on, że starość zaczyna się w wieku sześćdziesięciu lat i trwa aż do stu dwudziestu lat[1]. Obecnie starość, wiek starczy określa się jako końcowy okres starzenia się, który nieuchronnie kończy się śmiercią. Granica starości wyznaczona przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) to 60 lat. W literaturze coraz częściej spotykamy się z przesunięciem tej granicy do 65 roku życia. Seniorzy to niejednolita grupa zarówno pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej oraz psychicznej, jak również sytuacji życiowej ekonomicznej i społecznej[2]. Biorąc pod uwagę powyższe czynniki, wyodrębniono następujące podokresy: wczesna starość obejmująca wiek 60-74 lat, w tym young elderly 65-74 rok życia, późną starość – old elderly 75-89 rok życia, „sędziwą starość", czyli wiek powyżej 80 roku życia oraz długowieczność, powyżej 90 roku życia. Należy zaznaczyć, że nie każdy może dostąpić możliwości starzenia się pomyślnego, czyli wolnego od schorzeń somatycznych czy psychicznych. W procesie zdrowego starzenia się można wy-

---

1 J. P. Bois, *Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Wyd. Marabut, Warszawa 1996, s. 23.

2 W. Pędich, *Procesy starzenia się człowieka. Gerontologia i geriatria* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, s. 37-41.

różnić: postępujące zmiany morfologiczno-biochemiczne, zmniejszenie się rezerw narządowych, zmniejszenie się możliwości adaptacji organizmu do obciążeń fizycznych, biologicznych i psychosocjalnych. Wymienione aspekty pojawiają się obligatoryjnie. Seniorzy starzejący się w taki sposób mogą być szczęśliwi i zadowoleni z życia. Zwykle umierają śmiercią naturalną (z łac. *mori sua morte*) bez jakichkolwiek uchwytnych przyczyn. Wyróżnia się też zwykłe starzenie się (*usual ageing v. normal ageing*), gdzie z uwagi na dyskretne działanie czynników patologicznych nie obserwuje się dynamicznych zmian chorobowych. Trzeci sposób to chorobowe starzenie się (*disease aging*), które jest związane ze zmianami patologicznymi[3]. W czasie trwania tego dynamicznego procesu można spodziewać się zmian, które nie zawsze są łatwe do zdiagnozowania. W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na depresję, która w badaniach statystycznych wykazuje nasilenie się problemu wraz z wiekiem. Schorzenie to dotyka znaczącej liczby populacji – 15% – po 65 roku życia, w tym, 2-4% to stany głębokie czyli tzw. duża depresja[4]. Depresja należy do wielkich problemów geriatrycznych, a tym samym jest jednym z najczęstszych i rzadko rozpoznawanych schorzeń u ludzi, tym bardziej w podeszłym wieku. Depresja towarzysząca wielu schorzeniom somatycznym oddziaływuje we wszystkich aspektach życia uwzględniając: stan emocjonalny, umysłowy oraz ogólny stan zdrowia[5]. W literaturze spotyka się doniesienia o czynnikach wyzwalających depresję, które bezpośrednio są związane z chorobami somatycznymi takimi, jak: choroby ośrodkowego układu nerwowego, czynniki psychospołeczne oraz czynniki jatrogenne, w których najczęściej wymienia się polifarmakoterapię[6]. Sięgając do definicji autorów podręcznika *Geriatrii* stwierdza się, że depresja jest reakcją psychologiczną i emocjonalną jednostki na różne sytuacje społeczne oraz relacje interpersonalne. Charakterystyczne objawy to: obniżenie nastroju, poczucie rozczarowania, frustracji, nieszczęścia lub rozpaczy. Frustracja i smutek często wiąże się ze stresem związanym z codziennym życiem. Utrzymujące się powyżej dwóch tygodni objawy stanowią podstawę do rozpoznania depresji. Najlepiej użyć do tego celu kryteriów do rozpoznania depresji dużej. Zawiera ona dziewięć objawów: 1) obniżenie nastroju, 2) utrata zainteresowania lub brak przyjemności z wykonywania wszyst-

3 K. Duda, *Proces starzenia się,* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź, *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 3-5.

4 D. Dudek, A. Zięba, M. Siwek, A. Wróbel, *Depresja* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, s. 108.

5 R. R. Whitebird, R. L. Heinrich, P. J. O'Connor, L. I. Solberg, *Diagnostyka i leczenie depresji* [w:] T. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams,(red.) *Geriatria*, Wyd. Czelej, Lublin 2009, s. 256.

6 T. Parnowski, Depresja [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne,* Wyd. PZWL, Warszawa 2014, s. 264-265.

kich lub prawie wszystkich czynności (anhedonia), 3) zmiana apetytu lub masy ciała, 4) zaburzenia snu (prawie codziennie najczęściej bezsenność), 5) niepokój, pobudzenie lub obniżenie napędu, 6) uczucie zmęczenia lub utraty energii, 7) poczucie winy lub obniżenie poczucia własnej wartości, 8) obniżenie sprawności myślenia, koncentracji lub podejmowania decyzji, 9) nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze, którym towarzyszą lub nie plany bądź próby samobójcze[7]. U ludzi starszych znacznie częściej obserwuje się depresję małą, inaczej subkliniczną czy podprogową. Objawy są znacznie mniej nasilone w porównaniu z depresją dużą. Czynniki, które częściej powodują małą depresję to stres i pogorszenie zdrowia fizycznego[8]. Depresja u osoby starszej charakteryzuje się zmiennością objawów, skargami na dolegliwości somatyczne, często o większym nasileniu. Zdecydowanie najczęściej obserwuje się pojawianie pojedynczych objawów depresji[9]. Zwykle oprócz obniżonego nastroju, obniżonej motywacji, oraz utraty zainteresowań pojawia się obniżenie w zakresie funkcjonowania poznawczego, szczególnie widoczne w czasie wykonywania bardziej skomplikowanych zadań[10]. Należy zaznaczyć, że niezbędne jest wprowadzenie pogłębionej diagnostyki w celu identyfikacji zaburzeń funkcji poznawczych, jak i depresji ze względu na niebezpieczeństwo fałszywego rozpoznania depresji jako otępienia. Może się również okazać, że powodem zaburzeń poznawczych jest właśnie depresja[11]. Często pojawia się po raz pierwszy po 60 roku życia, co może świadczyć o chorobie otępiennej, albo, jako wynik patologii somatycznej, neurologicznej czy też wspomnianej wcześniej nadmiernej farmakoterapii[12]. Wydaje się bardzo istotne skupić się na problemie depresji, która według wielu autorów jest najczęściej pojawiającym się zaburzeniem psychicznym u osób starszych. Rozpoznana zbyt późno lub nieleczona znacząco obniża jakość życia, również skraca je w związku z samobójstwami i przyczynia się do niepełnosprawności. Znacząco również wpływa na zdrowie fizyczne, nasilając objawy chorób somatycznych, szczególnie chorób serca[13]. Samodzielne funkcjonowanie osoby starszej, jest wynikiem (wypadkową) działania szeregu czynników

7 R. R. Whitebird, R. L. Heinrich, P. J. O'Connor, L. I. Solberg, *Diagnostyka…*,s. 256-257.

8 Tamże.

9 J. Krzyżanowski, *Psychogeriatria*, Wyd. Medyk, Warszawa 2004, s. 283.

10 U. Hecker, G. Sędek, K. Piber-Dąbrowska, S. Bedyńska, *Wpływ depresji, starzenia się, zagrożenia stereotypem i uprzedzeń na rozumowanie generatywne* [w:] R. Engle, G. Sędek, U. Hecker D. McIntosh, *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*, Wyd. PWN, Warszawa 2006, s. 401.

11 Projekt PolSenior, http://polsenior.iimcb.gov.pl/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/rodzialy/II.4.pdf, [Dostęp: 13.04.2015].

12 T. Sobów, *Praktyczna psychogeriatria rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wyd. Continuo, Wrocław 2010, s. 170.

13 J. Manthorpe, S. Iliffe, *Depresja wieku podeszłego,* Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 31.

i zachowań, przede wszystkim tych związanych z ćwiczeniami fizycznymi, pozwalającymi zachować długotrwałą sprawność i kondycję fizyczną. Takie zachowania zaszczepione w młodym wieku procentują w późniejszym wieku aktywnością ruchową i zapobiegają przedwczesnemu i niekorzystnemu procesowi starzenia się[14]. To właśnie w interesie seniorów jest uzmysłowienie faktu bezpośredniego związku pomiędzy sprawnością ruchową stykającą się bezpośrednio ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem. Osoby starsze, które w młodości nie wytworzyły przyzwyczajenia do aktywnego stylu życia, nie posiadają nawyków prozdrowotnych – aktywności ruchowej, nie widzą takiej potrzeby oraz powielają stereotypy starego człowieka, który z roku na rok staje się coraz słabszy, bardziej niedołężny i wymagający pomocy innych[15]. Podeszły wiek i konsekwencje, które bezpośrednio związane są z dalszą perspektywą życia należy rozpatrywać indywidualnie opierając się na wieku, płci i innych uwarunkowaniach społeczno-kulturowych. Należy mieć również świadomość, że jakość życia jest powiązana z uwarunkowaniami z wcześniejszych etapów życia. Wśród istotnych elementów wymienia się pozycję społeczną, która jest uzależniona od stereotypu starości w danym środowisku społeczno-kulturowym. Zmiany w statusie zdrowotnym związanym z naturalnym procesem starzenia się człowieka, wycofanie się z aktywności zawodowej, często związane jest z obniżeniem statusu ekonomicznego oraz zawężeniem się kontaktów międzyludzkich i utratą pozycji społecznej. W końcu wydarzeń życiowych związanych ze stresem i zagrożeniem najbardziej niepożądanym skutkiem jest depresja[16]. Powyższe uwagi skłaniają do głębszego zastanowienia się nad tym okresem życia człowieka oraz jego funkcjonowaniem w społeczeństwie. Modyfikacja w wymienionych obszarach może sprawić, że senior będzie bardziej sprawny i znacznie rzadziej narażony na niepomyślne procesy starzenia się.

Cele badań

Celem badań było ustalenie wpływu samodzielnego funkcjonowania kobiet oraz mężczyzn w podeszłym wieku, określonego za pomocą

---

14 B. Zboina, K. Bończak, M. Korzonek, M. Biskup, *Wpływ sprawności funkcjonalnej na częstość występowania depresji wśród pensjonariuszy placówek pomocy społecznej*, „Zdrowie i Dobrostan" nr 1, 2014.

15 A. Marchewka, *Aktywność fizyczna – oręż przeciw niepełnosprawności osób w wieku starszym* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź, *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 386.

16 B. Tobiasz-Adamczyk, *Społeczne aspekty starzenia się i starości* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, s. 37-41.

skali Barthel, na poziom satysfakcji życia oparty na skali. SWLS oraz nasilenie depresji identyfikowanej na podstawie skali GDS. Zbadano również korelację osobno w grupie kobiet oraz mężczyzn pomiędzy satysfakcją z życia a nasileniem depresji, a także między wpływem samodzielnego funkcjonowania a wskaźnikiem satysfakcji z życia oraz pomiędzy wpływem samodzielnego funkcjonowania a wartością geriatrycznej skali oceny depresji. Korelację obliczono metodą rang Spearmana, za poziom istotnie statystyczny przyjęto wartość $p<0,05$.

Materiał i metody

Problemem badawczym w pracy było określenie, czy pomimo dłuższego życia kobiet niż mężczyzn ich stopień samodzielnego funkcjonowania wpływa na poziom satysfakcji z życia i nasilenie depresji oraz czy samodzielne funkcjonowanie kobiet, które żyją dłużej niż mężczyźni, wpływa na poziom satysfakcji z życia i poziom nasilenia depresji? W pracy ustalono hipotezy:

1. Im wyższy poziom satysfakcji z życia kobiet niż mężczyzn i mniejsze nasilenie depresji, tym większe samodzielne funkcjonowanie.
2. Istnieje korelacja między satysfakcją z życia a nasileniem depresji.

Metoda i techniki badawcze

W badaniu zastosowano skalę Barthel, na podstawie której identyfikowano ogólną sprawność seniora. Skala ta wykorzystywana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia[17] do kwalifikowania i objęcia pacjenta środowiskową opieką pielęgniarską. Następnie w grupie 258 osób badano właściwości psychometryczne określone wskaźnikiem SWLS, Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale – SWLS) autorstwa Diener, Emmons, Larsen, Griffin[18], w polskim opracowaniu Jurczyńskiego[19]. Skala Satysfakcji z Życia jest narzędziem, które pozwala ustalić, na jakim poziomie dane osoby są usatysfakcjonowane swoim życiem. Zawiera 5 stwierdzeń, w której osoba badana zaznacza odpowiednie odpowiedzi przypisując punkty zgodności, gdzie 1 oznacza zupełnie nie zgadzam się, 7 całkowicie się zgadzam. Badany uzyskuje punkty: od 5 do 35. Maksymalna liczba

---

17 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

18 E. Diener, R. A Emmons, R. J. Larsen, S. Griffin, *The Satisfaction With Life Scale*, "Journal of Personality Assessment", Feb 1985, nr 49(1) s. 71-75.

19 Z. Jurczyński, *Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009, s. 128-132.

punktów oznacza maksymalną satysfakcję z życia. Zastosowano również Geriatryczną Skalę Depresji, która została opracowana w 1983 roku przez Yesavage i współpracowników, jako narzędzie przesiewowe umożliwiające dokonywanie oceny natężenia symptomów depresji u osób w starszym wieku. Składa się z 15 krótkich pytań z dwoma możliwościami odpowiedzi do wyboru (tak/ nie). Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariuszy w obecności pielęgniarki.

Grupę badaną stanowiło 258 osób, w tym 159 kobiet w przedziale wiekowym od 62 do 94 lat ze średnią 69,8 lat oraz 99 mężczyzn w przedziale wiekowym od 60 do 95 lat ze średnią 71,6 lat. Ankietowanych podzielono ze względu na płeć i wiek.

Zmienną zależną jest samodzielne funkcjonowanie seniorów.

Zmienną niezależną jest płeć, poziom nasilenia depresji, satysfakcja z życia.

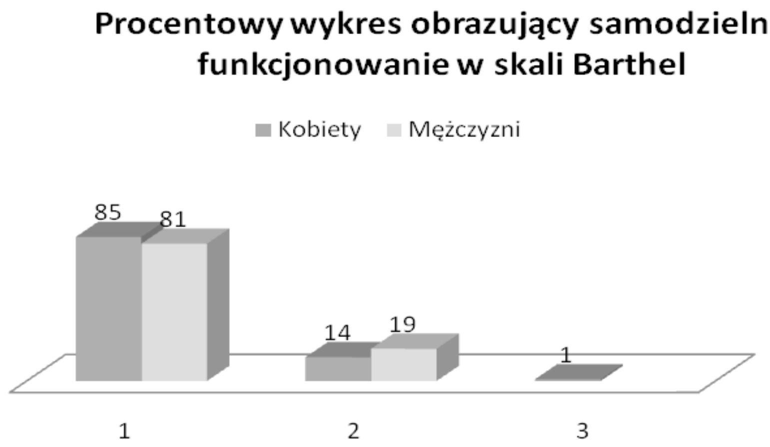
Wykorzystana metoda to sondaż diagnostyczny i kwestionariusz ankiety.

Osoby wypełniające kwestionariusz korzystały z opieki medycznej lub porady pielęgniarskiej, lekarskiej od stycznia 2013 do czerwca 2014 roku i wypełniały dokument w obecności pielęgniarki lub przy jej pomocy. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, dotyczył osób które wykazały chęć uczestniczenia. W zbieraniu danych wzięły udział studentki studiów pomostowych, które po uzyskaniu zgody pacjenta przeprowadziły badania w swoich miejscach pracy, głównie w podstawowej opiece zdrowotnej, w środowisku chorego, w poradniach specjalistycznych oraz domach pomocy społecznej. Pielęgniarki zostały przeszkolone w zakresie przeprowadzania badań za pomocą kwestionariuszy.

Wyniki

Procentowy obraz samodzielnego funkcjonowania w skali Barthel wśród 159 ankietowanych kobiet oraz 99 mężczyzn przedstawia wykres

Wykres 1. Ocena samodzielnego funkcjonowania w skali Barthel

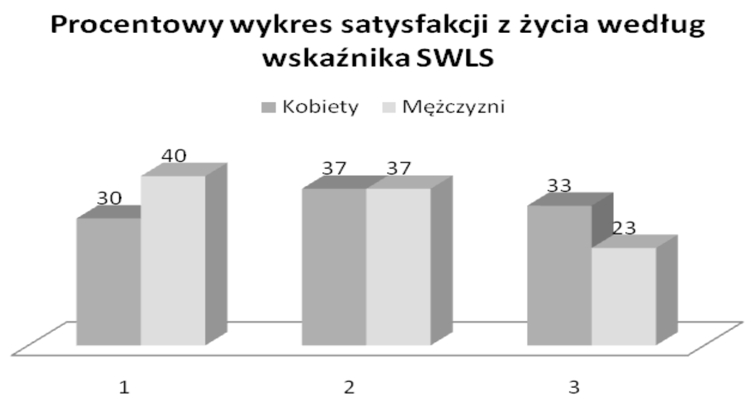


1 oznacza stan pacjenta, jako lekki, 2 oznacza stan pacjenta, jako średnio ciężki, 3 oznacza stan pacjenta, jako ciężki.

Procentowy udział ankietowanych w obu grupach jest porównywalny, 85% kobiet będących w stanie lekkim, a także 81 % mężczyzn w stanie lekkim wzięło udział w ankiecie, natomiast udział w ankiecie osób w stanie średnio ciężkim to 14% kobiet i 19% mężczyzn oraz 1 % kobiet w stanie ciężkim.

Procentowy obraz satysfakcji z życia za pomocą testu SWLS wśród 159 ankietowanych kobiet oraz 99 mężczyzn przedstawia wykres 2.

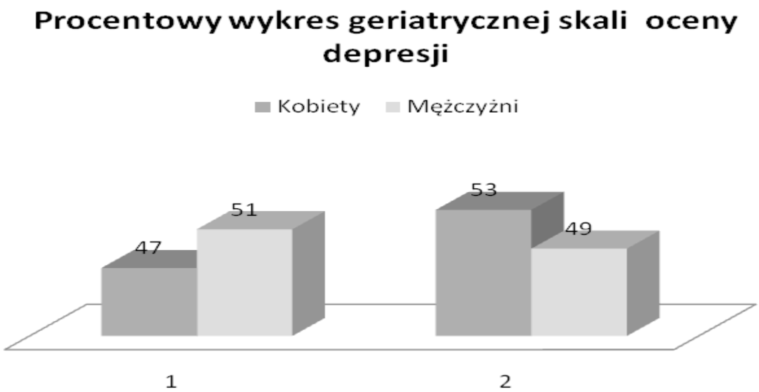
Wykres 2. Satysfakcja z życia według wskaźnika SWLS



1 oznacza wysoką satysfakcję z życia, 2 oznacza przeciętną satysfakcję z życia, 3 oznacza niską satysfakcję z życia.

Przedmiotem kolejnej analizy było występowanie lub brak objawów depresyjnych ocenianych za pomocą geriatrycznej skali oceny depresji. Wykres 3 przedstawia procentowy udział ankietowanych mężczyzn i kobiet wykazujących lub niewykazujących objawów depresyjnych. W grupie mężczyzn zauważalny jest wyższy procentowy udział osób z objawami depresyjnym w porównaniu z grupą kobiet.

Wykres 3. Geriatryczna skala oceny depresji



1 oznacza osoby wykazujące objawy depresyjne, 2 oznacza osoby niewykazujące objawów depresyjnych.

Wśród 159 kobiet w stanie lekkim, średnio ciężkim i ciężkim według skali Barthel przeprowadzono pomiar satysfakcji z życia (SWLS) i nasilenia depresji. Przyjmując α=0,05 (poziom istotności) zweryfikowano hipotezę, że istnieje korelacja między satysfakcją z życia a nasileniem depresji. W grupie kobiet wyniki analizy przedstawia tabela 1

Tabela 1. Korelacje satysfakcji z życia i depresji w grupie kobiet

Korelacje

			SWLS	GND
rho Spearmana	SWLS	Współczynnik korelacji	1,000	-,481**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	159	159
	GDS	Współczynnik korelacji	481**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	159	159

Z przeprowadzonej analizy wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, umiarkowanie silna i ujemna, co oznacza, że wzrostowi wskaźnika

satysfakcji z życia towarzyszy spadek wartości geriatrycznej skali oceny depresji dla 159 kobiet niezależnie od wpływu samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel.

Natomiast weryfikując na poziomie istotności α=0,05 hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wskaźnikiem satysfakcji z życia wśród 159 kobiet otrzymano wynik zilustrowany w tabeli 2:

Tabela 2. Korelacje w grupie kobiet, powiązanie samodzielnego funkcjonowania i poziomu satysfakcji z życia

Korelacje

			SK.Barthel	SWLS
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	,170*
		Istotność (jednostronna)	.	,016
		N	159	159
	SWLS	Współczynnik korelacji	,170*	1,000
		Istotność (jednostronna)	,016	.
		N	159	159
*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (jednostronnie).				

Z przeprowadzonej analizy wynika, że istnieje słaba, dodatnia korelacja oznaczająca wzrost wskaźnika satysfakcji z życia powiązana z samodzielnym funkcjonowaniem ankietowanych 159 kobiet od 62 do 94 lat. Na poziomie istotności α=0,05 zweryfikowano hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wartością geriatrycznej skali oceny depresji. Otrzymano wynik przedstawiony w tabeli 3:

Tabela 3. Korelacje pomiędzy wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barhel a wartością geriatrycznej skali oceny depresji

Korelacje

			SK.Barthel	GDS
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	-,348**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	159	159
	GDS	Współczynnik korelacji	-,348**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	159	159

Z analizowanych danych wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, umiarkowanie silna, ujemna, co oznacza, że wzrost samodzielnego funkcjonowania ankietowanych kobiet przyczynia się do spadku wartości geriatrycznej skali oceny depresji.

W analizowanej grupie 99 mężczyzn w stanie lekkim, średnio ciężkim i ciężkim według skali Barthel, przyjmując α=0,05 (poziom istotności) zweryfikowano hipotezę, że istnieje korelacja między satysfakcją z życia a nasileniem depresji. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Korelacje pomiędzy satysfakcją z życia a nasileniem depresji w grupie mężczyzn

Korelacje				
			SWLS	GDS
rho Spearmana	SWLS	Współczynnik korelacji	1,000	-,636**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	99	99
	GDS	Współczynnik korelacji	-,636**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	99	99

Z analizy wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, silna, ujemna, co oznacza, że wzrostowi wskaźnika satysfakcji z życia towarzyszy spadek wartości geriatrycznej skali oceny depresji dla 99 mężczyzn niezależnie od wpływu samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel.

Natomiast weryfikując na poziomie istotności α=0,05 hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wskaźnikiem satysfakcji z życia wśród 99 mężczyzn otrzymano wynik zilustrowany w tabeli 5.

Tabela 5. Korelacje między samodzielnym funkcjonowaniem według skali Barthel a samodzielnym funkcjonowaniem w grupie mężczyzn

Korelacje				
			SK.Barthel	SWLS
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	,375**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	99	99
	SWLS	Współczynnik korelacji	,375**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	99	99
**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (jednostronnie).				

Z analizowanych danych wynika, że istnieje umiarkowanie silna, dodatnia korelacja oznaczająca wzrost wskaźnika satysfakcji z życia powiązana z samodzielnym funkcjonowaniem ankietowanych 99 mężczyzn.

Weryfikując również na poziomie istotności α=0,05 hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wartością geriatrycznej skali oceny depresji otrzymano wynik zilustrowany w tabeli 6.

Tabela 6. Korelacje pomiędzy wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a geriatryczna skala depresji w grupie mężczyzn

Korelacje				
			SK.Barthel	GDS
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	-,414**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	99	99
	GDS	Współczynnik korelacji	-,414**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	99	99

Z przedstawionych danych wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, umiarkowanie silna, ujemna,co oznacza, że wzrost samodzielnego funkcjonowania ankietowanych mężczyzn przyczynia się do spadku wartości geriatrycznej skali oceny depresji.

Dyskusja

Tematyka samodzielnego funkcjonowania osoby starszej w zależności od stopnia współistnienia innych czynników, które wpływają na jej obniżenie poruszana jest w licznych pracach badawczych. W większości jednak są to prace oparte na badaniach osób przebywających w Domach Pomocy Społecznej. Sprawność fizyczna oraz wydolność funkcjonalna okazuje się być istotnym elementem satysfakcjonującym osoby starsze. Istnieje zależność korelacyjna pomiędzy poziomem sprawności fizycznej a jakością życia osób starszych. W szczególności w odniesieniu do nieprawidłowych nawyków zdrowotnych[20].

Przeprowadzone badanie zakłada wysoką satysfakcję z życia w 28% w odniesieniu do kobiet i 38% w odniesieniu do mężczyzn, co podobnie

20 H. Zielińska-Więczkowska, K. Kędziora-Kornatowska, *Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych*, „Psychogeriatria Polska" 2010 nr 7 (1), s. 11-16.

jak w badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej, dotyczących Polaków w 2004 roku dowiodły, że zadowoleni z życia bywają częściej mężczyźni 66% niż kobiety 59%[21]. Jednak przeciętną satysfakcję z życia zaobserwowano na jednakowym poziomie zarówno kobiet, jak i mężczyzn, co podobnie zbadali A. Majda, K. Walas, K. Gajda[22]. Badania przeprowadzone przez C. Timoszyk i B. Bugajska[23] również wykluczają istotne rozbieżności w odniesieniu do kobiet i mężczyzn. Jachimowicz i Kostka badali poczucie własnej skuteczności u mieszkańców DPS, gdzie dodatkowo wykorzystali skale: GDS oraz SWLS. Wyniki wskazywały na lepszą skuteczność osób, które były bardziej sprawne w zakresie zaspokajania czynności życiowych, odznaczały się niższym poziomem symptomów depresji oraz wyższą satysfakcją życiową[24]. Jachimowicz i Kostka zbadali również satysfakcję z życia starszych kobiet, gdzie zaobserwowano u badanych w większości średnią i dużą satysfakcję z życia. Obniżenie SWLS wynikało ze współistnienia chorób oraz mniejszej sprawności w zakresie czynności życiowych, w tej grupie też pojawiały się objawy depresji[25]. Kolejni autorzy poruszyli temat związany z pomiarem satysfakcji z życia pensjonariuszy w warunkach Domu Pomocy Społecznej, gdzie 54% ankietowanych wysoko oceniło swoją satysfakcję z życia, 23% badanych uzyskało przeciętne wyniki, mieszczące się od 18 do 23 punktów w skali SWLS. Zaobserwowano wysoką korelację w porównaniu wyniku SWLS z GDS, co oznacza większą punktację SWLS i mniejszą punktację GDS, czyli mniejsze ryzyko depresji. Podobnie działo się w sytuacji odwrotnej, gdy wzrastała punktacja GDS, malała satysfakcja z życia[26]. Mieszkańcy DPS w zakresie potrzeb społecznych w znacznie mniejszym stopniu narażeni są na samotność i brak kontaktów międzyludzkich. Zjawisko pojawiającej się depresji i towarzyszących problemów obniżających satysfakcję życiową można spodziewać się u osób, które przebywają we własnych domostwach, jednak mają ograniczony kontakt z innymi ludźmi. Z pewnością należy zwrócić szczególną uwagę na nietypowe objawy, które mogą świadczyć o depresji. Badania dowiodły również, że osoby sprawne fizycznie zdecydowanie trudniej ulegają depresji,

21 Tamże.

22 A. Majda, K. Walas, K. Gajda, *Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III wieku*, „Pielęgniarstwo XXI wieku" nr 1 2013/(44) s. 39-44.

23 C. Timoszyk-Tomczak, B. Bugajska, *Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości,* „Opuscula Sociologica", 2013, nr 2, s. 4.

24 V. Jachimowicz, T. Kostka, *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej*, „Gerontologia Polska" 2009, nr 17, s. 23-31.

25 V. Jachimowicz, T. Kostka, *Satysfakcja z życia starszych kobiet*, „Ginekologia Praktyczna" 2009, 3, s. 27-32.

26 U. Kaźmierczak, K. Strojek, A. Radzimińska, M. Dzierżanowski, I. Bułatowicz, A. Kolanowska, W. Zukow, *Ocena satysfakcji życiowej i sprawności fizycznej uczestników zajęć w Domu Dziennego Pobytu Senior*, "Journal of Helth Sciences", 2014 nr 4(120) s. 229-229.

wynika z tego, że sprawność fizyczna jest niezwykle ważna i należy dążyć do osiągnięcia jej w najwyższym możliwym stopniu, co z pewnością zwiększy satysfakcję z życia.

Przeprowadzone badanie dostarczyło informacji na temat istnienia korelacji pomiędzy satysfakcją z życia a samodzielnym funkcjonowaniem oraz występowaniem objawów depresji. Badania dotyczyły nie tylko osób przebywających w Domach Pomocy Społecznej ale również samodzielnie funkcjonujących w swoich domostwach. Wobec narastających problemów starzenia się populacji polskiej, jednym z elementów zapewniających satysfakcję z życia osób starszych jest wdrożenie nawyków aktywności fizycznej, która stanowi istotny czynnik nie tylko zapobiegający depresji, ale również wielu chorobom somatycznym, w tym chorobom układu krążenia i nowotworom Osoby, które funkcjonują samodzielnie prezentują mniejsze ryzyko depresji i jednocześnie są bardziej usatysfakcjonowane swoim życiem.

Wnioski

1. Satysfakcja z życia w analizowanej grupie kobiet i mężczyzn była wyższa u mężczyzn niż u kobiet.
2. Niższą satysfakcję z życia odnotowano u kobiet niż u mężczyzn.
3. Pomimo dłuższego życia kobiet, ich poziom satysfakcji z życia jest niższy niż poziom satysfakcji z życia mężczyzn.
4. Większe nasilenie depresji u mężczyzn nie przekłada się na wiekszą satysfakcję z życia.
5. Im niższy poziom depresji tym wyższa satysfakcja z życia niezależnie od samodzielnego funkcjonowania w skali Barthel.
6. Pomimo wydłużającego się życia kobiet zgodnie z aktualnymi danymi i prognozami Głównego Urzędu Statystycznego. Poziom satysfakcji z życia kobiet jest zdecydowanie niższy niż u mężczyzn, co według przeprowadzonych analiz nie wynika z poziomu depresji. Problemy somatyczne, które są przyczyną wyższej satysfakcji z życia kobiet są przedmiotem dalszych analiz.

The Influence of the Independence (Barthel) of and Elderly on Life Satisfaction (SWLS) and Depression (GDS)

The aim of the study was examination of the life satisfactory in old people and the level of the depression. Depression may result in the onset of physical, cognitive, functional and social impairment, as well as decrease quality of life. Our group of patients consists with 258 people; 159 women (range age 62 to 94, mean of 69,8years old) and 99 men (range age 60 to 95, mean of 71,6years old). The Barthel scale has been used to measure performance in activities of daily living in the elderly. We also used the Satisfaction with Life Scale and The Geriatric Depression Scale (GDS); a 15-item self report assessment used to identify depression in the elderly. There was no relationship between quality and satisfactory of life scores between man and women. Quality of life scores were correlated with severity of depression. The results suggest that older man have better satisfaction with life when they have smaller functional impairment.

Bibliografia

Bois J. P., *Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Wyd. Marabut, Warszawa 1996.

Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S., *The Satisfaction With Life Scale,* "Journal of Personality Assessment", 1985 nr 49(1).

Engle R., Sędek G., Hecker U., McIntosh D., *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*, Wyd. PWN, Warszawa 2006.

Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., (red.) *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej,* Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.

Jachimowicz V., Kostka T., *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej*, „Gerontologia Polska" 2009, nr 17.

Jachimowicz V., Kostka T., *Satysfakcja z życia starszych kobiet*, „Ginekologia Praktyczna" 2009 nr 3.

Jurczyński Z., *Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.

Kaźmierczak U., Strojek K., Radzimińska A., Dzierżanowski M., Bułatowicz I., Kolanowska A., Zukow W., *Ocena satysfakcji życiowej i sprawności fizycznej uczestników zajęć w Domu Dziennego Pobytu Senior,* "Journal of Helth Sciences", 2014 nr 4 (120).

Krzyżanowski J., *Psychogeriatria*, Wyd. Medyk, Warszawa 2004.

Majda A., Walas K., Gajda K., *Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III wieku*, „Pielęgniarstwo XXI wieku" 2013 nr 1 (44).

Manthorpe J., Iliffe S., *Depresja wieku podeszłego*, Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A., *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wyd. PWN, Warszawa 2012.
Projekt PolSenior, http://polsenior.iimcb.gov.pl/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/rodzialy/II.4.pdf
Rosenthal T., Naughton B., Williams M., (red.) *Geriatria*, Wyd. Czelej, Lublin 2009.
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B., *Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości*, „Opuscula Sociologica" 2013 nr 2.
Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2014.
Zboina B., Bończak K, Korzonek M, Biskup M., *Wpływ sprawności funkcjonalnej na częstość występowania depresji wśród pensjonariuszy placówek pomocy społecznej*, „Zdrowie i Dobrostan" 2014 nr 1.
Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., *Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych,* „Psychogeriatria Polska" 2010 nr 7 (1).

Część IV
Starość – zrozumieć

Elżbieta Dubas

„Towarzyszenie w drodze" jako przykład relacji geragogicznej

Wprowadzenie –Towarzyszenie w drodze w rozumieniu geragogicznym

Podejmując refleksję zawartą w temacie, należy na wstępie wyjaśnić, czym jest towarzyszenie w drodze w rozumieniu geragogicznym. „Towarzyszenie w drodze" może być rozumiane różnorodnie. Na potrzeby tej refleksji nasuwa się konieczność doprecyzowania terminu, bowiem nie chodzi tu o każde towarzyszenie w drodze, ale o jego określoną postać.

Czym zatem jest „towarzyszenie"? Punktem wyjścia niech będą rozstrzygnięcia słownikowe związane z tym pojęciem; „towarzyszyć" to ‘dotrzymywać komuś towarzystwa; przebywać z kimś', asystować komuś; występować razem z czymś, z kimś'; „towarzystwo" to ‘czyjaś obecność przy kimś, towarzyszenie, obcowanie; grupa osób zaprzyjaźnionych, środowisko'; a „towarzysz" – ‘osoba towarzysząca komuś, spędzająca z kimś czas'[1]. Można więc przyjąć, że „towarzyszenie" oznacza pewnego rodzaju relację międzyludzką polegającą na współobecności, byciu razem.

Czym jest „droga"? Drogę, jak proponuje Anna Wieczorkiewicz[2], można rozumieć w ujęciu topograficznym (przestrzennym, obiektywnym, jako trasę przemierzaną od jednego miejsca do drugiego) oraz w ujęciu metaforycznym (subiektywnym), jako drogę życia, bieg życia, los. Oba znaczenia pozostają w związku – droga jest tak procesem zmiany miejsca, jak i siebie samego. Poruszanie się drogą z jednej strony ma charakter horyzontalny – odbywa się w przestrzeni fizycznej, w obszarze ról i zadań życiowych. Oznacza doczesną egzystencję. Z drugiej zaś strony, jest poruszeniem się wertykalnym, w perspektywie w górę, w dół, w powiązaniu z treściami symbolicznymi – kontekstem myśli, uczuć, życiem duchowym, transcendencją: niebo – ziemia[3]. Można przyjąć, że łączne topograficzno-metaforyczne rozumienie drogi szczególnie manifestuje się w różnorodnych doświadczeniach egzystencjalnych człowieka, przemierzającego drogę swojego życia. Trzeba też nadmienić, że pojmowanie drogi w perspektywie

1 B. Dunaj (red.), *Popularny słownik języka polskiego*, Wyd. WILGA, Warszawa 2002, s. 720.

2 A. Wieczorkiewicz, *Antropologiczne sensy drogi,* „Kultura i Społeczeństwo", 1996, R. XL, nr 4, s. 49.

3 Tamże, s. 43.

metaforycznej jako sytuacji egzystencjalnej, związanej z doświadczeniem aksjologicznym, akcentuje Anna Gałdowa i traktuje drogę jako obszar rozwoju duchowego, wewnętrznego, jako rozwój ku wartościom[4].

„Towarzyszenie w drodze" oznaczałoby więc obecność przy innej osobie w drodze jej życia, rozumianej jako doświadczenie egzystencjalne, włączające się w proces jej rozwoju, w szczególności rozwoju duchowego, pojmowanego jako zmierzanie (wędrowanie) ku wartościom. Takie doświadczanie życia nie sposób odłączyć od przestrzeni drogi fizycznej.

„Towarzyszenie w drodze" jako fenomen poznawczy, a także praktyczny może być sytuowane w wielu dyscyplinach i subdyscyplinach naukowych. Warto wskazać tu na antropologię, socjologię, psychologię, filozofię. Nie sposób pominąć pedagogikę, a w szczególności pedagogikę społeczną i pedagogikę specjalną. Wśród dyscyplin pedagogicznych szczególnie znaczącą dla rozważań związanych ze starością jest geragogika. Dla Lutza Vellkena „geragogika to wprowadzanie w starość, przygotowanie do starości, prowadzenie do dojrzałości oraz towarzyszenie w drodze", a przedmiotem badań geragogiki jest szeroko pojęta edukacja człowieka w wieku starszym[5]. Zdaniem Elżbiety Dubas, zakres tej edukacji, określonej przez autorkę jako „edukacja zorientowana na starość", jest jeszcze szerszy i obejmuje trzy kierunki: edukację o starości (dostarczanie wiedzy gerontologicznej), edukację do starości (przygotowanie – wychowanie do starości) i edukację w starości (procesy uczenia się osób starszych, w tym także procesy kształcenia)[6]. Dla Vellkena geragogika wiąże się z pokonywaniem trudności życia, organizowaniem życia i samourzeczywistnianiem człowieka starszego. „Geragogika jest nauką krytyczną o podstawach i drogach towarzyszenia w życiu starszemu dorosłemu i związanych z tym procesach kształcenia, dokształcania i ciągłego kształcenia, a także nauką o kształceniu geragogów jako specjalistycznych służb wspierających samorealizację człowieka starszego"[7]. Można więc przyjąć, że podejście geragogiczne łączy umiejętnie obszar oddziaływań pedagogicznych (procesy edukacyjne) z przedmiotem badań gerontologii (procesy starzenia się i starość), wskazując na towarzyszenie w drodze jako typ wzajemnej osobowej i formacyjnej relacji, zachodzącej między uczestnikami drogi, ze szczególnym akcen-

---

4 A. Gałdowa, *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 175.

5 L. Vellken, *Geragogik: das sozialgerontologische Konzept* [w:] S. Becker, L. Vellken, K. P. Wallraven (red.), Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte fur Gegenwart und Zukunft, Opladen 2000, s. 88.

6 Por. E. Dubas, *Edukacyjny paradygmat badawczy w geragogice* [w:] M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości*, Bydgoszcz 2008, s. 45.

7 L. Vellken, *Geragogik*:…

tem na potrzebę wspierania osoby starszej i zarazem słabszej w tej relacji (wędrówce).

Wybrane perspektywy oglądu „towarzyszenia w drodze"

Perspektywy oglądu relacji „towarzyszenia w drodze" mogą być zróżnicowane. Poniżej przedstawiono te konteksty, które wydają się być szczególnie znaczące dla podejścia geragogicznego.

„Towarzyszenie w drodze" jako relacja z Innym

Człowiek starszy i stary często bywa spostrzegany przez przedstawicieli młodszych pokoleń jako Inny. To starość i proces starzenia się kreuje tę inność, także widoczną gołym okiem, zaskakującą, niezrozumiałą, budzącą obawy wśród jeszcze „nie – starych". Dla spostrzegania Innego wydaje się być jednak znaczące spostrzeganie inności. Najsłuszniejszym wydaje się być tu przytoczenie szerokiego rozumienia Innego. Inny, w takim znaczeniu, to każdy nie ja: „Inny...to każdy człowiek, niebędący Mną, bez względu na dystans, jaki nas dzieli"[8]. Wobec Innego możliwe są trzy typy relacji: Inny jako wróg – „wojna" między Ja a Innym, Inny jako obcy – „mur" między Ja a Innym, Inny jako bliźni – dialog między Ja a Innym[9]. Relacje te ujawniają się we wspólnej sytuacji egzystencjalnej, nie zawsze aprobowanej, nie zawsze rozumianej. Podążanie, często z obowiązku, z nadania losu, a nawet z przymusu, wspólną drogą życia może być jednak szansą na wzajemne uczenie się. Relacja z Innym może mieć charakter relacji edukacyjnej, uzależnionej od spostrzegania Innego przez Ja. Może oznaczać uczenie się od Innego, uczenie Innego i wzajemne uczenie się, nie tylko w kontekście doświadczeń bezpośrednich, ale także w kontekście biograficznej pamięci tych doświadczeń. Inny unaocznia naszą odrębność i odmienność. Stanowi wyzwanie do poznania i zrozumienia jego rzeczywistości, a także przez jego rzeczywistość, rzeczywistości ogólnoludzkiej. Inny, obecny na drogach naszego życia może nas wspierać jako mistrz i mentor, może też oczekiwać i wymagać wsparcia[10]. Relacja z Innym, w szczególności uświadomiona i refleksyjna, oznacza „być" z człowiekiem, odnajdować siebie przez tę relację i permanentnie się zmieniać i doskonalić

8 E. Dubas, *„Uczenie się z biografii Innych" – wprowadzenie* [w:] E. Dubas, W. Świtalski (red.), *Biografia i badanie biografii,* t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 5.

9 Por. R. Kapuściński, *Ten Inny*, Wydawnictwo „Znak", Kraków 2006; E. Dubas *„Uczenie…*; A. Walczak, *Koncepcja rozumienia Innego w kategorii spotkania* [w:] E. Marynowicz-Hetka (red.), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki,* t. 1, PWN, Warszawa 2006, s. 430-439.

10 E. Dubas, *„Uczenie…*, s. 6-9.

(wzrastać w rozwoju własnym i wspierać rozwój Innego). Wtedy też można w znacznym stopniu mówić o towarzyszeniu w drodze jako wzajemnej osobowej relacji wspierania się i rozwoju. Refleksyjna postawa wobec Innego jest kluczem dla owocnego dla siebie i dla Innego towarzyszenia w drodze. Postawa ta przejawia się w następującym myśleniu: w moim świecie są także, a raczej przede wszystkim, inni ludzie. Towarzyszą mi w drodze, także przez ich biografie. Dzięki Innym łatwiej odnajduję siebie w moim życiu. Uświadamiam sobie rolę Innego w procesie mojego rozwoju. Także ja jestem w świecie Innych. Moje doświadczenie ma znaczenie dla Innych. Uświadamiam sobie również wzajemne zależności między nami na „drogach" w gruncie rzeczy tej samej egzystencji. Wzajemnie udzielamy sobie „lekcji" życia, a nasze życia zyskują sens.

„Towarzyszenie w drodze" w perspektywie pedagogiki personalno-egzystencjalnej

To ujęcie „towarzyszenia w drodze" konstruują trzy konteksty: po pierwsze – norma personalistyczna, według której człowiek to niepowtarzalna, konkretna i wolna osoba, pełna godności i zasługująca na szacunek. W procesie wychowania (w relacji pedagogicznej) spotyka się człowiek wobec człowieka w obustronnie podmiotowym kontakcie międzyludzkim; po drugie – filozofia egzystencjalna, opisująca cechy ludzkiej egzystencji jako dramatyczność, wskazująca na obecność i uwikłanie człowieka w paradoksy, np. zewnętrzności a wewnętrzności; po trzecie – inne idee wychowawcze ujęte w aspekcie dramatycznej egzystencji osoby ludzkiej, takie jak dialog (dialogowość), w szczególności dialog personalny, którego celem jest „zjednoczenie osób przez uzewnętrznienie swych doznań", dialog egzystencjalny – „całkowity dar partnerów z ich egzystencji" i postawa dialogu: „stała gotowość do dążenia przez rozmowę (jak i przez inne środki) do zrozumienia innych, zbliżenia się do nich i w miarę możliwości współdziałania z innymi"[11], autentyczność (zdejmowanie masek), spotkanie, powodujące trwałe zasadnicze zmiany w obrębie głębokiego „ja", zaangażowanie wynikające z wolnego wyboru[12]. Szczególnie nośna dla rozumienia „towarzyszenia w drodze" jest kategoria spotkania. Spotkanie ma wymiar osobowy – spotykamy się z losem innej osoby, jej przeżyciami, obawami, lękami, mądrością, przyzwyczajeniami, dziwactwami, potrzebami itp. Ma także wymiar transformacyjny, ponieważ przemienia

11 Ks. J. Tarnowski, *Człowiek – dialog – wychowanie. Zarys chrześcijańskiej pedagogiki personalno-egzystencjalnej*, „*Znak*", 1991, 436/9, s. 73.

12 Por. tenże, *Człowiek…;* tenże, *Jak wychowywać?* Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa 1993.

człowieka. Przez spotkanie człowiek staje się kimś innym niż był, dojrzewa jako osoba. Spotkanie ma też wymiar edukacyjny, ponieważ uczy poprzez bezpośrednie doświadczenie kontaktu z osobą, przez refleksje, czasem wielokrotne, nad przeżytą sytuacją. Poszerza świadomość i samoświadomość, zmienia postawy społeczne i egzystencjalne. Spotkanie wymaga zaangażowania (otwarcia się i autentyczności), poszanowania drugiego człowieka jako osoby – bliźniego, pełnoprawnego partnera sytuacji, uznania wspólnoty ludzkiego losu oraz chęci (z)rozumienia drugiej osoby. Choć zrozumienie nie jest warunkiem koniecznym w „towarzyszeniu w drodze", jednak spotkanie może stworzyć sytuację zrozumienia. Towarzyszenie w drodze z perspektywy pedagogiki personalno-egzystencjalnej jest więc doświadczeniem osobistym i egzystencjalnym zarazem, w sposób zasadniczy zbliżającym i przemieniającym uczestników spotkania w drodze, nacechowanym wzajemnym zaufaniem, współdziałaniem i zrozumieniem, przezwyciężającym egocentryczne zachowania, niepewność i lęki egzystencjalne.

Towarzyszenie w drodze jako relacja „Być"

Towarzyszeniu w drodze, biorąc pod uwagę kontekst obiektywny i subiektywny, można się przyjrzeć także w trzech relacjach: relacji „Mieć", relacji „Funkcjonować" i relacji „Być"[13]. Człowiek niewątpliwie jest istotą relacji, w tym relacji społecznych, choć relacje te można różnie realizować, a także określać [14].

Relacja „Mieć" jest umiejscowiona w optyce posiadania. Wskazuje na przedmiotowe, instrumentalne traktowanie innego człowieka, a więzi łączące ludzi mają charakter rzeczowy, powierzchowny. Z tej perspektywy można „mieć" opiekuna, lekarza, męża – żonę, dzieci, którzy zaspokajają nasze potrzeby. Można mieć dobrze zaordynowane leczenie, miejsce w domu pomocy społecznej, oczekiwane zaplecze materialne, sprzęt do rehabilitacji itp. Inny jest w tym przypadku środkiem dla realizacji naszych celów – zapewnia nasze „mieć".

Relacja „Funkcjonować" to rodzaj relacji przedmiotowej, umiejscowionej w „optyce funkcjonowania". „Funkcjonowanie jest działaniem nieoso-

13 Por. M. Buber, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, Warszawa 1992; T. Gadacz, *Wychowanie jako spotkanie osób*, „Znak", 1991, nr 9/436, s. 62-68.

14 Por. np. w pedagogice społecznej „relacyjna koncepcja człowieka" (E. Marynowicz-Hetka, (red.), *Pedagogika społeczna podręcznik akademicki*, t. 1, PWN, Warszawa 2006, „człowiek relacji" w ujęciu antropologii humanistyczno – egzystencjalnej (Z. Formella, *Zakończenie* [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2009, s. 363-365).

bowym”[15]. Ujęcie tej relacji bywa pomocowe, opiekuńcze, ratownicze czy badawcze. Ma charakter fragmentaryczny – spełnia tylko określone zadania i sprzyja osiągnięciu określonego obiektywnego celu. Z tej perspektywy można pełnić (i to bardzo dobrze) funkcje, np. pielęgniarki, lekarza, rehabilitanta, opiekuna osoby starszej.

Relacja „Być” to przykład relacji podmiotowej, osobowej – zorientowanej na osobę jako całość. To próba dostrzeżenia Człowieka jako całości w Innym. To także bycie osobą w relacji z Innym. Tadeusz Gadacz pisze, że bycie osobowe to otwarcie na spotkanie, zmianę i nawrócenie, otwarcie na nieograniczone możliwości. „Spotkanie” z drugim człowiekiem to spotkanie z sobą samym, spotkanie z uniwersum ludzkiej egzystencji”[16]. Bycie z Innym oznacza bycie osobą i realizuje się, gdy człowiek uczestniczy w wartościach i je urzeczywistnia[17]. Relację osobową w najwyższym stopniu buduje miłość. Karl Jaspers stwierdza: „Tylko w obliczu miłości autentycznej widzimy człowieka takim, jakim jest”. W miłości napotykamy osobę[18]. Relacja „Być” jest relacją autentyczną, nie pozorowaną, lecz relacją „istotową”, w której zwracamy się do partnera w całej prawdzie, włączamy w rozmowę całego siebie, koncentrujemy rozmowę na treści i umiemy zachować milczenie[19]. Człowiek takiej relacji „potrafi prowadzić „prawdziwe rozmowy” na „prawdziwe tematy” i być w tej relacji „autentycznym”[20].

„Towarzyszenie w drodze”, w ujęciu najszerszym, a więc przestrzenno-metaforycznym, jest relacją osobową, społeczną, egzystencjalną, uniwersalną i wzajemną na poziomie doświadczania fenomenu życia jako wspólnotowego losu ludzkiego oraz na poziomie doświadczania wartości, sprzyjających odnalezieniu sensu tego losu także w perspektywie jednostkowej. Relacja ta jest umiejscowiona w sytuacjach codziennych wyborów i działań, myśli i emocji oraz w czasie wykraczającym poza wymiar obiektywny, kalendarzowy. Jest często relacją wspierania w trudnościach. Ma charakter edukacyjny, gdyż jest szeroko rozumianym procesem uczenia się, sprzyjającym osobowym transformacjom. Relacja „Być” jest procesem, dziejącym się na kanwie wyzwań różnorodnych sytuacji egzystencjalnych oraz wartości stanowiących dla nich odniesienie, w powiązaniu z ludzką możliwością i potrzebą poszerzania własnej świadomości i samoświadomości w relacjach z Innymi, w tym z osobami starszymi.

---

15 T. Gadacz, *Wychowanie…*
16 Tamże, s. 67.
17 Tamże, s. 63.
18 K. Jaspers, *Uwagi o wychowaniu*, „Znak”, 1993, nr 460/9, s. 89.
19 Por. M. Buber, *Ja i Ty…*
20 Z. Formella, *Zakończenie…*, s. 364.

Towarzyszenie w drodze w wybranych sytuacjach egzystencjalnych starości

Szczególnie oczekiwane, a zarazem obciążające, wydaje się być „towarzyszenie w drodze" osobom starszym w ich trudnych doświadczeniach egzystencjalnych. Starość obfituje w liczne sytuacje trudne, których doświadczanie nie ułatwia przemierzania „drogi" życiowej osobie starszej, jak i również innym osobom, które jej w tej drodze towarzyszą. Adam A. Zych np. pisze w tym kontekście o egzystencjalnych niepokojach i zagrożeniach w starości. Zalicza do nich retrospektywne spojrzenie na własne życie (bilans życia), samotność i osamotnienie, starcze kompromisy i pozbywanie się złudzeń, przejście od oczarowania do rozczarowania życiem, nieuchronną inwolucję i degradację, zanik energii, osłabienie, zmęczenie, wyłączanie się z życia, doświadczenia trudnego losu, lęki związane z chorobami, bólem, cierpieniem i nieuchronnością śmierci[21]. Szczególnie obciążającymi człowieka, zdaniem Artura Fabisia, są trzy główne troski egzystencjalne: śmierć, cierpienie i samotność[22]. W starości często one współwystępują. Wszystkie łączą się z silnymi lękami, choć szczególnie trudnym dla człowieka doświadczeniem są lęki tanatyczne. Im w szczególności będzie poświęcony poniższy akapit.

Lęki tanatyczne dotyczą nie tylko śmierci – własnej i innych, ale także procesu umierania, żałoby, a także zjawiska przemijania i straty. Ogólnie ujawniają one silny ludzki lęk przed końcem, niebytem, przed nieznanym. Choć śmierć jest zjawiskiem uniwersalnym, to jednak ma ona także swój kontekst kulturowy. Józef Mekselon wskazuje, że dziś śmierć jest dzika, nieoswojona, tabuizowana, dlatego budzi lęk[23]. „Spłaszczona filozofia człowieka sprawia, że ludzie w sposób bardzo prymitywny i jednowymiarowy podchodzą do zagadnienia przemijania"[24]. Różne role odgrywają w kontakcie z umierającym: obserwatora czy uczestnika, świadka czy orędownika, fachowca czy człowieka. Stwierdza, że jedynie personalistyczna wielowymiarowa koncepcja człowieka w procesie kształcenia i wychowania tanatologicznego pozwoli na „pełną osobową konfrontację ze śmiercią jako koniecznością egzystencjalną, a zarazem tajemnicą"[25].Można też spojrzeć na śmierć jako czynnik rozwoju człowieka. Dla Elisabeth Kübler-Ross śmierć i umieranie są częścią życia, są ostatnim etapem rozwoju w tym ży-

21 A. A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii*, „Śląsk" Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2013, wydanie drugie, s. 255-268.

22 Por. A. Fabiś, *Człowiek stary wobec trosk egzystencjalnych*, „Edukacja Dorosłych", 2013, nr 2, s. 40.

23 J. Mekselon, *Podstawy…*, s. 1-2.

24 Tamże, s. 6.

25 Tamże.

ciu [26]. „Śmierć może pokazać nam drogę, ponieważ zrozumienie, że nasz czas jest ograniczony i nie mamy żadnej możliwości dowiedzieć się, kiedy nastąpi jego kres, prowadzi nas do przeżywania każdego dnia tak, jakby był on naszym ostatnim"[27], a „umierania nie należy się bać. Może być ono bowiem najwspanialszym doświadczeniem waszego życia. Wszystko zależy od tego, jakie było wasze życie"[28]. Z andragogicznego punktu widzenia, śmierć jako „element" życia włącza się też w całożyciowy proces uczenia się człowieka – stwarza sytuacje uczenia się. Fabiś stwierdza: „Doświadczenie śmierci kształtuje człowieka, służy budowaniu struktury aksjologicznej jednostki, wpływa na zmiany postaw, pomaga kochać życie i innych. Przeżywanie śmierci innych uczy przeżywania rodzinnych start, żałoby, a także przygotowuje do śmierci własnej[29].

„Towarzyszenie w drodze" (człowiekowi starszemu), na której znajduje się śmierć, wymaga jej oswojenia – w rozumieniu pedagogicznym/ geragogicznym – wychowania do (ku) śmierci[30] czy edukacji tanatologicznej[31]. Przemysław Grzybowski stwierdza: „Wychowanie do śmierci jest wychowaniem do życia". (…) „Wychowanie do (ku) śmierci, pojmowane szeroko jako wychowanie do (współ)cierpienia, (współ)chorowania i (współ) umierania, jest w istocie wychowaniem do świadomego życia i (współ) życia z tymi, którzy cierpią i być może umrą – ba, umrą na pewno, jak wszyscy, ale trudno powiedzieć, kiedy ta śmierć nastąpi"[32]. Wychowanie do śmierci ściśle wiąże się z procesem uświadomienia: „Pierwszy krok do otwarcia się na chorobę, cierpienie i śmierć (własne/ i lub drugiego człowieka) to uświadomienie nieuchronności tych procesów, poznanie ich istoty i okoliczności, oswojenie niechęci, przerażenia i tabu poprzez ich świadome doświadczenie i przeżywanie". W tym duchu powinno odbywać się kształcenie partnera – opiekuna – przewodnika. Autor stwierdza też, że podejście tanatopedagogiczne powinno uwzględnić takie kategorie międzydyscyplinarne, jak miłość, ciepło, troska, współczucie, oddanie, poświęcenie, pamięć o drugim człowieku. Są one bowiem nieodłącznym elementem cierpienia, choroby i umierania[33]. Tanatopedagogika, zda-

---

26 E. Kübler-Ross, *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*, Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2008, s. 188, s. 221-253.

27 Tamże, s. 251.

28 E. Kübler-Ross, *Koło życia. Rozważania o życiu i umieraniu*, Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2010, s. 368.

29 A. Fabiś, *Śmierć w całożyciowym procesie uczenia się,* „Rocznik Andragogiczny", 2011, s. 137.

30 P. Grzybowski, *Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego podstaw pedagogów i nauczycieli* [w:] *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym* (red.), J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2009, s. 7-19.

31 A. Fabiś, *Śmierć…*

32 P. Grzybowski, *Praktyczne…*, s. 8.

33 Tamże, s. 9.

niem autora, sprzyja poprawie jakości życia poprzez akcentowanie znaczenia przełamywania oporu przed myśleniem, mówieniem czy uczeniem (się) o chorobie i śmierci, przez nietłumienie emocji, codzienną obecność innych, rozmowę, czas na dzielenie się słowem, wspólne robienie rzeczy sprawiających przyjemność, wzajemne przytulenie, dotykanie, patrzenie w oczy, wspólne milczenie, wspólny śmiech i humor[34]. Współuczestnictwo chroni przed osamotnieniem. Autor podkreśla, że „miłość jest elementem terapii dla wszystkich". Tanatopedagogika podnosi znaczenie prawa do realizacji marzeń i prawa do pewnej aktywności także w przypadku osób umierających. W kontekście obecności chorego i umierającego następują też zmiany ról w rodzinie [35].

Artur Fabiś przytacza trzy modele edukacji tanatologicznej (*death education)*: przekazywanie wiedzy o śmierci w sposób interdyscyplinarny, przeżywanie śmierci rozumiane jako wykorzystanie emocji w pracy edukacyjnej w celu indywidualnej akceptacji uczuć związanych z umieraniem człowieka i własnego odejścia, uczenie się przez doświadczenie jako świadome, bezpośrednie działania na rzecz umierających w hospicjach, szpitalach, co prowadzi do osobistej przemiany kompetencji społecznych i pobudzenie do zaangażowania duchowego[36]. Edukacja taka ma sprzyjać zmianie myślenia i postaw dotyczących śmierci i umierania. Podejmowanie refleksji nad własną śmiertelnością uznaje autor za oznakę dojrzałości [37].

Człowiek przemierzając swoją drogę życia cierpi i to nie tylko w powiązaniu z doświadczeniem śmierci. Cierpienie jest problemem uniwersalnym, a także egzystencjalnym. Jak pisze Fabiś, cytując m.in. Z. Kiernikowskiego, powstaje ono na skutek braku zgody na siebie oraz dyskomfort w relacji z drugim człowiekiem, a także, z perspektywy *Biblii*, w wyniku braku relacji z Bogiem/absolutem [38].

Na przestrzeni swojego całego życia człowiek styka się z cierpieniem i kształtują się jego postawy wobec cierpienia. Uczy się cierpienia – droga życia jest poniekąd „szkołą" cierpienia. „Towarzyszenie w drodze" zaś w swej istocie jest towarzyszeniem w cierpieniu: ochranianiem przed cierpieniem, łagodzeniem cierpienia, niesieniem cierpienia Innego, racjonalizowaniem cierpienia itp. Dzieciństwo, w dużej mierze, jest czasem niedostrzegania cierpienia, ze względu na słabo rozwinięte władze poznawcze i duchowe dziecka oraz jego niewielką świadomość społeczno-kulturową i możliwość świadomych porównań. Kochający i opiekuńczy rodzice ochraniają swe dziecko przed cierpieniem, czyniąc jego świat czasem

34 Tamże, s. 10.
35 Tamże, s. 11.
36 A. Fabiś, *Śmierć…* s. 140-141.
37 Tenże, *Człowiek….*
38 Tamże, s. 4.

zabawy i beztroski. Ciężar cierpienia, jeśli już ono dotyka dziecko, deformuje jego osobowość, często na całe życie, pozostawiając traumę dzieciństwa i boleśnie przyspieszając proces stawania się dorosłym. Młodość sprzyja spostrzeganiu cierpienia w kategoriach idealnych, w kontekście napięć związanych z intensywnym osobowym rozwojem w tym okresie. W początkach dorosłości, dysponując dojrzałością poznawczą, emocjonalną i społeczną, podejmując odpowiedzialne i trudne obowiązki związane z rolami społecznymi, człowiek zaczyna wyraźniej dostrzegać cierpienie. Kolejne etapy dorosłości przynoszą coraz częściej osobiste doświadczenia cierpienia, usytuowanego w realiach własnego życia. I wreszcie starość (późna dorosłość) to okres nasilania się trosk egzystencjalnych, czemu sprzyja proces starzenia się i z nim związana wielochorobowość, śmierć bliskich i bliska perspektywa własnej śmierci i inne. To także zaawansowane osobowe dojrzewanie w cierpieniu, rozumiane jako transcendencja siebie poprzez cierpienie. Taka systematyczna całożyciowa edukacja w cierpieniu i poprzez cierpienie, w towarzystwie innych ludzi, pozwala przyjąć cierpienie, tzn. zaakceptować je jako nieodłączny uniwersalny składnik ludzkiego życia oraz osobistego doświadczenia, (z)rozumieć cierpienie, lub choćby próbować je zrozumieć, czyli odnajdować jego sens i bardziej świadomie go doświadczać, wreszcie, dojrzewać w cierpieniu, uznając cierpienie za czynnik rozwoju duchowego i zyskiwania pełni człowieczeństwa. Niewątpliwie dojrzałość osobowa człowieka powiązana jest z jego stosunkiem do cierpienia i tym, w jaki sposób „przerobił" on „lekcje" cierpienia.

Geragogiczny model towarzyszenia w drodze

Geragogiczny model towarzyszenia w drodze obejmuje działania edukacyjne, wspierające człowieka w jego starości [39], poczynając np. od sposobów zagospodarowania czasu wolnego, poprzez aktywne uczestnictwo w aktualnym życiu społeczno-kulturowym, zachowanie zdrowia i sprawności, aż po, co nie mniej ważne, towarzyszenie człowiekowi starszemu w trudnych sytuacjach egzystencjalnych. Geragogiczne wspieranie „w drodze", szczególnie w drodze trudnej, obejmuje kilka zakresów:

– Określoną „filozofię" myślenia o drodze życia. „Filozofia" ta traktuje drogę życia jako proces rozwoju. Rozwój ten dotyczy także i starości. „Filozofia" życia obejmuje także „filozofię" starzenia się[40]. Uwzględnia obecność sytuacji trudnych egzystencjalnie jako zjawiska uniwersalne-

---

39 Por. Z. Szarota, *Projekt kształcenia gerontologicznego*, „Edukacja Dorosłych", 1998, nr 3/20, s. 49-64.

40 por. E. Dubas, *Sztuka starzenia się – uczenie się starości. Kontekst andragogiczny,* „Biblioteka Gerontologii Społecznej", 2012, nr 1, s. 11-29.

go. Wskazuje na ambiwalentny w swej istocie charakter tych sytuacji (od samej jednostki w dużej mierze zależy więc, czy będą one doświadczane jako dobre czy złe). Uwzględnia także subiektywny odbiór tych sytuacji przez jednostkę, a także transformatywny charakter tych doświadczeń – przemieniających człowieka i pozwalających mu dojrzewać w wymiarze egzystencjalnym. Droga życia rozgrywa się głównie w codzienności – jej treści, rytmy i wysokie częstotliwości są kanwą dla „bycia" w świecie i stawania się człowiekiem. Towarzyszenie w drodze jest też doświadczeniem społecznym, a obecność Innych jest koniecznością dla rozwoju człowieka, a co, z drugiej strony, powinno też uruchamiać wdzięczność.

– Traktowanie drogi życia jako sytuacji uczenia się. Bieg życia ludzkiego, jego usytuowanie między biegunami poczęcia /narodzin a śmiercią, oznacza całożyciowość drogi życia i na tej kanwie możliwe także „całożyciowe" uczenie się, pojmowane najogólniej jako poszerzanie indywidualnego doświadczenia życiowego. Poszczególne etapy życia, stwarzające określone sytuacje egzystencjalne, są istotnym tłem tego uczenia się. Warto w tym miejscu przypomnieć podobne ujęcie, traktujące życie jako proces uczenia się, reprezentowane w myśli Jana Amosa Komeńskiego[41]. Dwie ostatnie wymienione przez niego „szkoły" – szkoła starości i szkoła śmierci – są szczególnie istotne dla podejścia geragogicznego. Uczenie się w procesie życia, na tle biegu życia, na drodze życia ma charakter wieloaspektowy. Szczególnie należy podkreślić tu uczenie się egzystencjalne[42], a także społeczne, emocjonalne[43], kulturowe i aksjologiczne. Takie uczenie się oznacza osobisty rozwój i podążanie drogą osobowego dojrzewania[44]. Oznacza transformację postaw i schematów poznawczych[45]. Wiąże się z reinterpretacją doświadczenia życiowego. Może sprzyjać zrozumieniu sensu przemierzanej drogi życiowej[46].

– Edukację egzystencjalną (jako edukację do sytuacji trudnych na drodze życia). Droga życia pojmowana jako doświadczenie egzystencjalne pełna jest rozmaitych sytuacji trudnych. Wiele z nich dotyczy także starości. Często, ze względu na ich kumulację i skomplikowanie, określa się starość jako okres kryzysowy, a nawet pisze się o „kryzysie starości"[47].

---

41 J. A. Komeński, *Pampaedia*, Wrocław 1973.

42 Por. P. Jarvis, cyt. za: M. Malewski, *Od nauczania do uczenia się. O paradygmatycznej zmianie w andragogice*, Wydawnictwo Naukowe DSW, Wrocław 2010.

43 K. Illeris, *Trzy wymiary uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe DSWE TWP we Wrocławiu, Wrocław 2006.

44 E. Dubas, *Drogi rozwojowe starości*, „Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi", z. „Gerontologia", 2002, nr 7/27, s. 15-21.

45 J. Mezirow, cyt. za: Malewski, *Od nauczania…*

46 E. Dubas, *Edukacyjny…* s. 63 i inne.

47 B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Zarys gerontologii społecznej*, Wyd. ASTRA, Warszawa 2006.

By człowiek lepiej radził sobie z trudnościami na drodze życia, w tym i w okresie starości, należy podejmować działania wspierające go w tych sytuacjach. Edukacja jest w tym względzie środkiem podstawowym. Winna ona dostarczać wiedzy, kształtować umiejętności i postawy, przydatne w trudnych sytuacjach egzystencjalnych, pozwalające na radzenie sobie w tych sytuacjach. Edukacja pojmowana jako przygotowanie do życia (w tym i do starości), wychowanie do życia (i do starości), edukacja o życiu (i o starości), edukacja realizowana w trakcie życia (i w starości) także powinna proponować takie wsparcie. Edukacja taka, powiązana z poradnictwem życiowym (w tym i poradnictwem geragogicznym), winna spełniać funkcje prewencyjne, kompensacyjne i naprawcze. Edukacja geragogiczna (a więc edukacja zorientowana na starość), powiązana z poradnictwem geragogicznym, posiłkuje się wysoce specjalistyczną wiedzą, adekwatną dla doświadczanych trudności egzystencjalnych, np. z zakresu tanatologii/tanatopedagogiki, gdy chodzi o umieranie, śmierć i żałobę, logoteorii/logoterapii, gdy chodzi o poszukiwanie sensu życia, monoseologii/monoseologii pedagogicznej, w przypadku doświadczeń samotności i osamotnienia i innych

– Wzmacnianie sił osobowych ważnych dla podążania „drogą". W tym aspekcie ważne jest tak wzmacnianie sił witalnych, jak i rozwój sił duchowych. Łączą się one ze sobą i pozwalają w sposób najbardziej optymalny radzić sobie z trudnościami. Poczynając od umiejętności „przyjęcia" doświadczeń, jakie napotykamy na drodze życia, przez poszerzanie pola naszej świadomości i samoświadomości, rozwój refleksyjności i autorefleksyjności, dojrzewanie emocjonalno-społeczne, hartowanie charakteru i woli, osoba rozwija swoją dzielność życiową i nabywa „męstwo bycia", jak to określił Paul Tillich [48].

– Wsparcie zewnętrzne jako towarzyszenie w drodze. Rozumiane jest tu jako pomoc, opieka, uznanie znaczenia „sił ludzkich", tak nieformalnych, jak i formalnych – instytucjonalnych obecnych w środowisku społecznym, świadczących pomoc w rozwoju. Warto szczególnie podkreślić znaczenie „towarzyszenia rodzinie" [49], borykającej się z trudnymi wyzwaniami egzystencjalnymi tworzonymi przez proces starzenia się, do których należy zaliczyć choroby i niepełnosprawność osób starszych oraz proces umierania, śmierć i żałobę. Istotnego wsparcia zewnętrznego dostarczają instytucje rehabilitacyjno-lecznicze, opiekuńcze i terapeutyczne, duszpasterstwo rodzin i inne. w ramach wsparcia zewnętrznego należy także podkreślić znaczenie działań pedagogiczno-psychologicznych.

48 P. Tillich, *Męstwo bycia*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1994.

49 E. Marynowicz-Hetka, (red.), *Pedagogika…*, s. 148.

Zakończenie

„Towarzyszenie w drodze" w ujęciu geragogicznym oznacza budowanie relacji, które pojmowane jest jako proces. Relacja osób towarzyszących sobie w drodze rozwija się i dojrzewa w czasie, co oznacza dojrzewanie osób pozostających w tej relacji. Główne założenia dla jej budowania obejmują: szacunek dla drugiego człowieka bez względu na okoliczności „drogi" (poszanowanie jego godności i podmiotowości), autentyczność relacji (jej szczerość, naturalność, brak pozorowania i gry ról), posługę nadziei jako postawę optymizmu i wiary, uznanie znaczenia czynnika czasu jako tworzywa dla rozwoju relacji, tworzenie poczucia wspólnoty losu wszystkich istot ludzkich.

Relację tę budują gesty codzienności: bycie razem (a więc nie osobno), dające do zrozumienia, że „nie jestem sam – jest ze mną drugi człowiek"; proste codzienne czynności obsługowe (mycie, karmienie, ubieranie...), gesty miłości (życzliwości, sympatii i lubienia czyli dar dobrych uczuć), dar bliskości (dotyku, przytulenia, siedzenia blisko siebie, intymności), dar czasu, który zawsze trzeba ofiarować; dar rozmowy, w tym dar słuchania. Wszystkie te gesty łączą się w jeden nie do przecenienia dar – dar (z) siebie. Dar (z) siebie dotyczy wszystkich towarzyszy drogi, choć nie musi być symetryczny i w różnym stopniu może być uświadomiony.

Wskaźnikiem osobowej dojrzałości jest umiejętność dostrzeżenia w człowieku starszym, chorym, niesprawnym, cierpiącym, umierającym, daru dla nas – jeszcze młodych, zdrowych, sprawnych, żyjących w pełni. Daru dla nas jako szansy na uczenie się życia, na wewnętrzną przemianę, poszerzenie pola świadomości i samoświadomości oraz zbliżenie się do zrozumienia sensu ludzkiej egzystencji. Oznaką osobowej dojrzałości jest to, na ile potrafimy osobiście doświadczyć, że cierpienie uczy radości, samotność – wspólnoty, choroba – pokory, niepełnosprawność – cierpliwości a śmierć – życia. W drodze życia role nauczycieli i uczniów są pomyślane jako wymienne. Warto otworzyć się na taką perspektywę rozumienia „towarzyszenia w drodze". Wówczas towarzyszenie osobom starszych w ich trudnych sytuacjach egzystencjalnych nie jes li tylko ciężarem i obowiązkiem, ale staje się przywilejem-szansą rozwojową i nadzieją na mądrość.

"Accompanying the path" as an example of geragogic relationship

The text shows the geragogic relationship metaphorically described as „accompanying the path" in the several perspectives: as the relationship with the Other, in the context of personal and existential pedagogy and as

the relation of "being". „Accompanying the path" mainly referred to selected existential situation in old age, especially to the death and suffering. The article is ended by an outline of geragogic model of „accompanying the path".

Bibliografia

Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P., (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2009.

Buber M., *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, PAX, Warszawa 1992.

Dubas E., *Drogi rozwojowe starości*, „Zeszyty naukowe WSHE w Łodzi", z. „Gerontologia", PAX, 2002, nr 7/27, s. 15-23.

Dubas E., *Edukacyjny paradygmat badawczy w geragogice* [w:] M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości*, Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej, Bydgoszcz 2008.

Dubas E., *„Uczenie się z biografii Innych" – wprowadzenie* [w:] E. Dubas, W. Świtalski (red.), *Biografia i badanie biografii,* t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.

Dubas E., *Sztuka starzenia się – uczenie się starości. Kontekst andragogiczny*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", 2012, nr 1, s. 11-29.

Dunaj B. (red.), Popularny słownik języka polskiego, Wyd. WILGA, Warszawa 2002.

Fabiś A., *Śmierć w całożyciowym procesie uczenia się*, „Rocznik Andragogiczny", 2011, s. 131-145.

Fabiś A., *Człowiek stary wobec trosk egzystencjalnych*, „Edukacja Dorosłych", 2013, nr 2, s. 39-46.

Formella Z., *Zakończenie* [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym,* Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2009, s. 363-365.

Gadacz T., *Wychowanie jako spotkanie osób*, „Znak" 1991, nr 9/436, s. 62-68.

Gałdowa A., *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.

Grzybowski P., *Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego podstaw pedagogów i nauczycieli* [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym,* Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2009, s. 7-19.

Illeris K., *Trzy wymiary uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe DSWE TWP we Wrocławiu, Wrocław 2006.

Jaspers K., *Uwagi o wychowaniu*, „Znak", 1993, nr 460/9, s. 81-90.

Kapuściński R., *Ten Inny*, Wydawnictwo „Znak", Kraków 2006.

Komeński J. A., *Pampaedia*, Wrocław 1973.

Kübler-Ross E., *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*, Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2008.

Kübler-Ross E., *Koło życia. Rozważania o życiu i umieraniu*, Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2010.

Malewski M., *Od nauczania do uczenia się. O paradygmatycznej zmianie w andragogice*, Wydawnictwo Naukowe DSW, Wrocław 2010.

Marynowicz-Hetka E. (red.), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, PWN, Warszawa 2006.

Mekselon J., *Podstawy tanatologii* [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, (red.),-*Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym.* Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2009, s. 1-6.

Szarota Z., *Projekt kształcenia gerontologicznego,* „Edukacja Dorosłych", 1998, nr 3/20, s, 49-64.

Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Zarys gerontologii społecznej*, Wyd. ASTRA, Warszawa 2006.

Tillich P., *Męstwo bycia*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1994.

Tarnowski J., *Człowiek – dialog – wychowanie. Zarys chrześcijańskiej pedagogiki personalno – egzystencjalnej*, „Znak", 1991, 436/9, s. 69-78.

Tarnowski J., *Jak wychowywać?* Warszawa 1993.

Walczak A., *Koncepcja rozumienia Innego w kategorii spotkania* [w:] E. Marynowicz -Hetka (red.), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki,* t. 1, PWN, Warszawa 2006, s. 430-439.

Wieczorkiewicz A., *Antropologiczne sensy drogi,* „Kultura i Społeczeństwo", 1996, R. XL, nr 4.

Vellken L., *Geragogik: das sozialgerontologische Konzept* [w:] S. Becker, L. Vellken, K. P. Wallraven, (red.), Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte fur Gegenwart und Zukunft, Opladen 2000.

Zych A. A., *Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii,* „Śląsk" Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2013, wydanie drugie.

Aneta Agnieszka Karwowska

Człowiek wobec starości: wątki bioetyczne i filozoficzne

Niestety, być starym to jedyny sposób, by żyć długo
– Ferdynand de Lesseps (1805–1894)

Życie człowieka przebiega w takt naturalnych rytmów przyrody i dlatego, jak wszystkie żyjące organizmy, przechodzimy przez różne jego fazy: dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały i starość. Dokładne określenie momentu początku i końca każdej z tych faz nie jest proste. Szczególnie trudne bywa określenie, kiedy kończy się jedna faza, a zaczyna druga.

Zbieżność kolei życia z rytmami przyrody zauważył już niemiecki filozof i przyrodnik Ernest Haeckel, który w swym dziele *Zarys filozofii monistycznej*[1]dowodził, że rozwój biologiczny i psychiczny człowieka wykazują daleko idące podobieństwa. Rozpatrywał więc rozwój duchowy człowieka na podobieństwo naturalnych rytmów przyrody, a stąd dostrzegał w nim pięć „pór roku", z których pierwsza trwała od narodzin aż po opanowanie umiejętności mowy, druga kończyła się w momencie dojrzewania, trzecia w momencie pierwszego kontaktu seksualnego, czwarta zaś kończyła się w momencie inwolucji (przekwitania), a piąta – starość obejmowała okres zaniku i kończyła się z momentem śmierci.

Życie ludzkie w przyrodzie nie jest więc czymś wyjątkowym, bo podlega tym samym uwarunkowaniom, co wszystkie pozostałe elementy przyrody ożywionej. O wyjątkowości każdej z faz naszego życia decydujemy my sami. To od nas zależy, jaką treścią wypełnimy każdą z nich. Zatem, w każdym momencie swego życia możemy być szczęśliwi i upływ lat nie musi nam w tym przeszkadzać.

Wybitny polski filozof Władysław Tatarkiewicz uważał, że można samemu zaprojektować swe życie tak, aby dawało maksymalnie możliwe w danej sytuacji zadowolenie i satysfakcję. Taką umiejętność nazwał „biotechniką", którą traktował jako dział etyki zajmujący się określaniem „właściwego postępowania, aby życie było pełnią, dawało zadowolenie, szczęście"[2]. Faktem jest, że nikt nam szczęścia nie przyniesie w darze. Trzeba samemu o nie zabiegać, a zatem jest to zarazem pochwała aktywności i ak-

1 E. Haeckel, *Zarys filozofii monistycznej*, Księgarnia Narodowa, Lwów 1905.
2 S. Jednak, (red.), *Słownik etyczny,* Wyd. UMCS, Lublin 1990, s. 28;
W. Tatarkiewicz*, O szczęściu,* PWN, Warszawa, 1962, s. 15-29.

ceptacja odrobiny egoizmu, w którym my sami jesteśmy dla siebie największym zadaniem do wypełnienia. Tego nikt za nas nie zrobi. Atutem ludzi dojrzałych jest świadomość prawidłowości, wedle których przebiega życie młodszych od nas, jak też traktowania jednostek przez społeczeństwo, w którym przebiegało nasze własne życie. Ta wiedza jest potrzebna, by zaprojektować własne życie tak, aby osiągać własne szczęście bez narażania na szwank interesów innych osób.

Młodej osobie niezwykle trudno jest zrozumieć, czym jest starość. Każdy rozsądny człowiek przyjmuje do wiadomości, że kiedyś się zestarzeje, lecz trudno to sobie wyobrazić.

Starość nie musi być wcale odczuwana jako schyłek życia. W większości kultur starość jest przedmiotem szacunku, ponieważ oznacza mądrość płynącą z doświadczenia oraz oznakę szczęścia, iż mogło się żyć tak długo. Warto pamiętać, że w wielu dziedzinach – w rzemiośle, nauce, sztuce, duchowości – jedynym skutecznym sposobem jest terminowanie u mistrza. To zaś zakłada szacunek dla doświadczenia i wieku.

Jest taki tekst filozoficzny, który powstał, gdy jego autor wchodził w trzeci wiek. Był zapewne wtedy nauczycielem trzeciego wieku, ale zarazem uczniem trzeciego wieku. Tekst zatem został skierowany do niego samego. Chodzi tu o piękny tekst Platona umieszczony w *Uczcie*, gdzie w krótki sposób opisuje on historię własnego życia, a zapewne także życia każdego człowieka.

„Bo widzisz – powiada – właściwy rozwój miłości tak wyglądać powinien. Już za młodu chodzi człowiek za ładnymi ciałami i jeśli go tylko dobrze przewodnik prowadzi, kocha jedno z tych ciał i tam płodzi myśli piękne. Niedługo jednak spostrzega, że piękność jakiegokolwiek ciała i piękność innych ciał to niby siostry rodzone i że jeżeli ma gonić za istotą piękną, to musi dobrze oczy otworzyć i widzieć, że we wszystkich ciałach jedna i ta sama piękność tkwi. A kiedy to zobaczy, zaczyna wszystkie piękne ciała kochać, tamten gwałtowny żar ku jednemu ciału przygasać w nim zaczyna, wydaje mu się lichy i mały. A potem więcej zaczyna cenić piękność ukrytą w duszach, niż tą, która w ciele mieszka. Toteż jeżeli w kim dusze zdrowe znajdzie, choćby nawet ciało nieszczególnie kwitło, wystarczy mu to i kochać zaczyna i troszczy się. Znowu takie myśli płodzi. I szuka, kto by też młodego człowieka rozwinąć potrafił”[3].

Charakterystyczny motyw, jaki się tu pojawia: przy okazji spotkania z pięknością, rodzą się piękne myśli.

„Z czasem musi zobaczyć piękno ukryte w czynach i prawach i znowu pozna, że ono w każdym jest jedno i to samo. Wtedy mu się piękno ciał zaczyna wydawać czymś małym i znikomym. Od czynów przejdzie do nauk.

3 Platon, *Uczta*, przeł. W. Witwicki, PWN, Warszawa 1975, s. 64.

A kiedy ich całą piękność zobaczy, kiedy na takie skarby piękna spojrzy, nie będzie już niewolniczo wisiał u jednostkowej formy jego, nie będzie ślepo kochał piękności jednego tylko człowieka albo dążenia. Nie – on na pełne morze piękna już wypłynął i kiedy się na nim rozlegnie, płodzić zacznie słowa i myśli wielkie i wspaniałe, gnany nienasyconym drżeniem do prawdy. Aż kiedy sił w tej pracy nabierze i hartu, jedna mu się wiedza ukaże, która naprawdę mówi o tym, co piękne”[4].

Tutaj Platon pisze o rozwoju człowieka, który dokonuje się przez rozwój wrażliwości na to, co piękne. Ale jak na końcu powiedziano – nie o samo piękno tu chodzi, lecz o prawdę. Przez piękno człowiek ma dotrzeć do tego, co jest prawdziwe. Piękno służy do odsłaniania prawdy. To bardzo głęboka myśl. Myśl, która rzuca światło na naszą dotychczasową pedagogikę, na nasze samokształcenie. Ono na zawsze jest piękne. A jeśli nie jest piękne, to też nie wiadomo, czy jest prawdziwe.

Osiągnięcia nauki i związany z nimi postęp medycyny w decydujący sposób wpłynęły w ostatnich dziesiątkach lat na przedłużenie średniej ludzkiego życia, ale nie wpłynęły na proces starzenia się. Dobrze znanym zewnętrznym oznakom starzenia się, takim jak siwienie włosów i zmarszczki, towarzyszą jeszcze bardziej istotne zmiany wewnętrzne – osłabienie sprawności fizycznej, problemy z pamięcią, upośledzenie reakcji układu odpornościowego, utrudniona adaptacja do różnego typu stresów. Dlaczego się starzejemy? Starzenie się jest naturalnym procesem w życiu człowieka. Nazywane jesienią albo wieczorem życia wymaga pogodzenia się z faktem i przygotowania się do niego. Nie da się zapomnieć, że nieodzownym kresem życia człowieka jest śmierć, która często napawa smutkiem i lękiem. Stworzenie warunków godnego dopełnienia życia to wyzwanie stojące przed każdym z następujących pokoleń. Empatia i współczucie dla seniorów dotkniętych różnorodnymi dolegliwościami, dla ich bezradności i niekiedy upokarzającego poczucia bycia ciężarem, pomaga wyciszyć przygnębiające myśli, by pogodnie i z nadzieją „przekroczyć smugę cienia”. Pomoc w akceptacji i zrozumieniu ostatniego etapu życia człowieka pozwala z pokorą i szacunkiem przygotować się i przyjąć to, co nieuniknione.

Uświadomienie sobie nadchodzącej starości jest bardzo stresującym momentem dla każdego człowieka. Nie przygotowuje nas do tego codzienne życie. Wręcz przeciwnie – stwarza iluzję, że zawsze można być młodym, sprawnym, atrakcyjnym, bez zmarszczek. Moda promuje młodych. Wystarczy wziąć jakiekolwiek pismo – są w nim młode uśmiechnięte twarze, rzadko można zobaczyć zdjęcie starszej osoby. Ale to wcale nie oznacza, że problem nie istnieje. Kiedyś starszy wiek łączył się z dużym autorytetem.

4 Tamże, s. 66.

Seniorzy rodu otaczani byli szacunkiem, młodzi zwracali się do nich po poradę, korzystali z ich mądrości i doświadczenia życiowego. Natomiast przy obecnym przesunięciu wartości na tempo, szybkość i zysk, człowiek starszy – działający w innym rytmie i w innym tempie – jest odsuwany od aktywnego życia. Żyjemy tak, jakby starości nie było –jakby nie miała żadnych zalet. Starość jest równie dobrym czasem na miłość jak czas młodości. W każdym wieku można kochać i być akceptowanym. Po raz kolejny można przeżywać emocje, które wydają się dawno zapomniane.

Sens i wartość starości

Pomimo takiego spojrzenia na procesy starzenia się, z tym okresem w życiu wiąże się możliwość wielu pozytywnych wartości. Korygowanie współczesnego negatywnego wyobrażenia o starości wydaje się dziś wielkim zadaniem dla moralistów, wychowawców i twórców kultury. Obecność tak wielu ludzi starszych w dzisiejszym świecie jest pewnego rodzaju wyzwaniem i nowym zadaniem dla społeczeństwa, a przede wszystkim dla rządzących. Jest zadaniem politycznym, które należy niezwłocznie podjąć, by zapewnić godną starość nam wszystkim.

W zamian ludzie starsi przekażą nam swoje doświadczenia, przemyślenia, wartości, jakimi mogą wzbogacić społeczeństwo i naszą kulturę – przekażą to, co moglibyśmy nazwać wartościami starości. A są nimi niewątpliwie:

– Sekret młodości. Wyobrażeń o trzecim wieku[5] jest tyle, ilu jest starzejących się ludzi. Człowiek przez całe życie przygotowuje własny model przeżywania starości. W tym znaczeniu starość kształtuje się wraz z nami i styl naszej starości będzie zależał od tego, jak potrafimy odkryć jej sens i wartość – jeszcze za czasów młodości. Brzmi to niemal nieprawdopodobnie, ale sekretu młodości powinniśmy uczyć się od starszych. Jest to sekret młodości ducha, jaką możemy zachować mimo upływu lat.

– Pamięć. Społeczeństwo, które minimalizuje rozumienie historii, łatwo wystawia się na ryzyko powtarzania dawnych błędów. Za to zagubienie sensu historii odpowiada nasz styl życia. Młode pokolenie szybko zatraca zmysł historyczny i wraz z nim poczucie tożsamości. Dlatego

5 W ramach obchodów Międzynarodowego Roku Ludzi Starych, który został ogłoszony przez Narody Zjednoczone i rozpoczął się 1 października 1998 roku, został opracowany dokument poświęcony problematyce starości i roli ludzi starszych w społeczeństwie. Tytuł dokumentu opublikowanego w styczniu 1999 roku, brzmi: „Godność człowieka starszego oraz jego misja w Kościele i świecie". Określenia tego użyto w tym dokumencie. Określenie „trzeci wiek" oznacza obecnie znaczną część ludności świata: są to osoby, które opuszczają kręgi ludzi zatrudnionych w produkcji, ale dysponują jeszcze znacznymi zasobami sił i zdolności przydatnych dla wspólnego dobra.

potrzebny jest ktoś, kto o tym przypomni – tego nauczy. Będzie to także świetna okazja do budowania trudnego dialogu między pokoleniami.

– Doświadczenie. W dzisiejszym świecie odpowiedzi dawane przez naukę i technikę wydają się przekreślać wartość doświadczenia nagromadzonego przez ludzi starszych w ciągu ich długiego życia. Ale o tym doświadczeniu nie wolno nam zapominać. To są wielkie i niepowtarzalne wartości zdobyte ciężką pracą i niejednokrotnie okupione łzami. Trzeba uczyć się dzielić tymi wartościami. Jest to wyzwanie zarówno dla ludzi trzeciego wieku – gdyż mają oni wiele do powiedzenia młodym pokoleniom i dysponują wieloma wartościami – jak i zadanie dla młodych, by chcieli ich słuchać i od nich się uczyć.

– Bezinteresowność. W naszej kulturze zapomnieliśmy już chyba o bezinteresowności. Wartość naszych ludzkich czynów mierzy się dziś kryteriami skuteczności, a nie szlachetności. Osoba starsza może swoją bezinteresownością wspomagać społeczeństwo broniące się przed wszelkimi altruistycznymi odruchami.

– Wspólnotowość. Nikt nie może żyć na świecie sam. Ludzkość tworzy wspólnotę. Indywidualizm i przesadny materializm zacierają tę zasadę. Kiedy ludzie nie szukają towarzystwa innych, tym samym kontestują społeczeństwo, w którym starsi – jako najsłabsi – są często skazani na samych siebie. I to właśnie starsi przypominają, że człowiek jest istotą społeczną i że musi zabiegać o podtrzymywanie więzi międzyosobowych i wspólnotowych.

– Wizja życia. Nasze życie upływa pod presją pośpiechu, podniecenia, nerwowości, a nierzadko chorób układu psychosomatycznego. Nie ma w nim miejsca na fundamentalne pytania dotyczące wartości życia, godności człowieka. Trzeci wiek jest okresem większej prostoty życia. Moralne wartości, jakimi żyją ludzie starsi, są niezastąpionym źródłem równowagi społeczeństwa i jednostek. Nośnikami tych wartości są takie postawy, jak: poczucie odpowiedzialności, przyjaźń, rezygnacja z pogoni za władzą, roztropność w formułowaniu sądów, cierpliwość, mądrość, duchowa głębia, szacunek dla przyrody, gotowość do budowania pokoju. Człowiek starszy zaczyna doceniać wyższość „bycia" nad „aktywnością" i „posiadaniem". Ludzkość stałaby się z pewnością lepsza, gdyby potrafiła to dostrzec i właściwie skorzystać z tego wielkiego potencjału.

Doświadczenia osób starszych

Rozpowszechnione dzisiaj wyobrażenie o trzecim wieku jako okresie schyłkowym – z którym nieuchronnie wiąże się ludzka nieporadność i poczucie społecznej bezużyteczności – uważam za stereotyp nieodpo-

wiadający sytuacji faktycznej. Istnieje, co prawda, kategoria osób, których starość szokuje. Są to osoby, których postawa – w miarę starzenia się – oscyluje między bierną rezygnacją a buntem i sprzeciwem nacechowanym rozpaczą. Ludzie, którzy zapoczątkowują proces fizycznej i duchowej samodegradacji przez zamknięcie się w sobie i ucieczkę na margines życia. Jednak liczniejsza wydaje się inna kategoria ludzi odkrywających sens starości wpisanej w ludzką egzystencję oraz przeżywających ją ze spokojem i godnością, a przy tym nadal korzystających z życia, z podróży, z nowych sposobów spędzania wolnego czasu.

Mimo iż starość ma wielką wartość i sens dla tego, kto ją przeżywa oraz dla społeczeństwa, starszy człowiek napotyka także pewne przykre doświadczenia. Doświadczenia te możemy podzielić na dwie zasadnicze grupy: pierwszą stanowią doświadczenia fizyczne, drugą – doświadczenia związane ze świadomością upływu lat i starzenia się. Do pierwszej grupy zaliczymy braki w pamięci, choroby oraz słabość fizyczną. Druga grupa to doświadczenia i cierpienia psychiczne – związane z zepchnięciem na margines społeczny i koniecznością opieki.

– W miarę starzenia się ludzie stają się zapominalscy. Każdy z nas zauważył w czasie rozmowy ze starszą osobą, że słabiej pamięta ona fakty sprzed kilkunastu dni, natomiast potrafi recytować wiersze, których nauczyła się jeszcze w szkole podstawowej. W większości przypadków zapominalskość niewielkiego stopnia jest normalna i nie powinna być przedmiotem zmartwienia, bo w miarę upływu czasu dochodzi do zaburzeń w szybkości w przekazywaniu impulsów nerwowych i wzrasta prawdopodobieństwo chorób degeneracyjnych mózgu. Po 80 roku życia około 40% osób nie ma większych kłopotów z pamięcią, 40% osób ma starczy łagodny zanik pamięci, a tylko 20% ma ewidentne zespoły otępienne. W tym ostatnim przedziale znajdują się m.in. ludzie z chorobą Alzheimera[6]. Aby rozpoznać otępienie, objawy takie muszą trwać przynajmniej pół roku – muszą się nasilać i musi występować jeszcze jeden z trzech stanów: 1) afazja – nieumiejętność doboru słów, 2) agnozja – nieumiejętność rozpoznawania rzeczy lub też 3) aprakcja – nieumiejętność wykonywania sprecyzowanych celowych ruchów[7]. Z takimi objawami nie można samodzielnie żyć. Medycyna na obecnym etapie nie jest w stanie poradzić sobie z tego typu dolegliwościami. Dlatego starszy człowiek powinien być pod opieką geriatry, gdyż wymaga zupełnie innego podejścia, ponieważ przebieg wielu chorób w starszym wieku jest odmienny[8].

---

6 B. Pietyra, *Miara człowieczeństwa*, w: www.opoka.org.pl/biblioteka/I/IP/starosc_miara_czlowieczenstwa.html.[Dostęp: 2005].

7 Tamże.

8 Opisuje to szerzej dr n. med. Jarosław Derejczyk prezes Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce w artykule: *Czego uczy geriatria?* „Służba Zdrowia" 2000, nr 61-64..

– Starsze osoby stają się marudne i niemiłe dla otoczenia. W miarę upływu lat zmniejsza się cierpliwość oraz zahamowania przy wyrażaniu opinii. Ludzie młodzi często nie rozumieją, nie orientują się, co dzieje się z ich mamą, ojcem, babcią, dziadkiem, obwiniając ich o celowe złośliwe zachowania, o lenistwo, gdy tymczasem jest to zachowanie raczej niezawinione. Wymaga za to wielkiej cierpliwości i wyrozumiałości otoczenia.

– Spadek aktywności fizycznej jest naturalną częścią starzenia się. Każdy z nas powinien niezależnie od wieku starać się aktywnie spędzać wolny czas. W przypadku seniorów to stwierdzenie jest jak najbardziej aktualne. W wielu niezależnych badaniach wykazano, że aktywność fizyczna pozwala uniknąć wielu chorób[9]. Odpowiednia dawka ruchu w starszym wieku wpływa korzystnie na cały organizm.

– Zepchnięcie na margines. To stosunkowo niedawno zidentyfikowany problem znajduje podatny grunt do rozwoju w społeczeństwie, w którym stawia się na skuteczność działania, gdzie wzorcem jest człowiek zdrowy i wiecznie młody, zaś pozostali są wykluczani z „układu wzajemnych stosunków". Przejawem zepchnięcia na margines jest zanik kontaktów międzyludzkich, powstały w następstwie odcięcia od społeczeństwa. Wywołuje on poczucie opuszczenia, samotności i izolacji. Ponadto, redukcja więzi międzyosobowych i społecznych prowadzi do zaniku aktywności oraz udaremnia korzystanie z informacji i dóbr kultury. Kiedy ludzie starsi czują się bezsilni i niezdolni do zmiany swej sytuacji – pozbawieni możności wpływu na decyzje dotyczące ich samych, jako osób i jako obywateli – tracą poczucie przynależności do społeczeństwa, którego są członkami.

– Szacunek i opieka. Szacunek dla starszych to istotna część naszego odniesienia do nich. Okazujemy go przez odwiedziny osób starszych, przez rozmowy z nimi, pomoc w wykonaniu drobnych czynności oraz cierpliwość. Jednak opieka nad starszymi przyjmuje dziś formę zinstytucjonalizowaną, coraz częściej bowiem dzieje się tak, że rodziny wyzbywają się swoich starych i chorych członków, oddając ich w „dobre ręce", czyli do zakładu opieki. Problem opieki szpitalnej, zinstytucjonalizowanej, paliatywnej, jest bardzo trudny do rozwiązania – nie tylko z powodu niedostatku środków finansowych w budżecie. To przede wszystkim problem bioetyczny związany z odpowiedzią na podstawowe pytania: jak długo podtrzymywać życie, jakimi środkami i jakim nakładem sił i środków, czy też, wreszcie, w którym momencie odłączyć urządzenia podtrzymujące i stwierdzić zgon. Dyskusja bioetyków koncentruje się dziś głównie wokół kwestii dopuszczalności eutanazji oraz niedostatku środków finansowych na zabiegi podtrzymujące życie[10].

9 Tamże.
10 J. Malczewski, *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem,* Warszawa 2012, s. 78-93.

Odnośnie do problemu eutanazji, wyróżnić możemy dwa jej rodzaje: aktywną i pasywną[11]. Eutanazja aktywna – sztuczne przyspieszenie śmierci osoby chorej lub w podeszłym wieku (np. iniekcja zwiększonej dawki narkotyku). Jest wielce wątpliwe, aby człowiek mógł zrzec się swego podstawowego prawa do życia, bądź aby ono zależało od interwencji innej osoby. Należy także przedyskutować, czy prośba pacjenta może stać się prawnie uzasadnioną – przede wszystkim dlatego, że ciężkie i długotrwałe cierpienia mogą bardzo osłabić świadomość i umysł człowieka. Problemy tego rodzaju znajdują szerokie odzwierciedlenie w dyskusjach bioetycznych. Po raz pierwszy Światowa Organizacja Zdrowia zajęła się eutanazją w Nowym Jorku w 1950 roku i potępiła ją „w każdych okolicznościach". Zgodnie z tą zasadą lekarz ma obowiązek leczyć i, w miarę możliwości, łagodzić cierpienie, zawsze mając na względzie podstawowe interesy pacjenta. Od zasady tej nie ma wyjątków – nawet w razie nieuleczalnej choroby albo ułomności.

Eutanazja pasywna – polega na zaprzestaniu stosowania nadzwyczajnych środków opieki medycznej. W prawie międzynarodowym dotyczącym praw człowieka do dzisiaj nie skodyfikowano różnicy między zwykłymi i nadzwyczajnymi środkami opieki medycznej i nie istnieją definicje jednych ani drugich. Pytanie o to, czy można uważać, że zastosowanie, np, aparatury do reanimacji wobec pacjenta znajdującego się w beznadziejnym stanie jest nadużyciem środków terapeutycznych, nadal pozostaje w prawie międzynarodowym bez odpowiedzi[12]. Światowa Organizacja Zdrowia proklamuje niezależność profesjonalną i moralną lekarza, bez żadnych ograniczeń, w wyborze koniecznej terapii. Jednak wydaje się, że lekarz musi umieścić chorego na oddziale intensywnej terapii, jeśli nie ma innej możliwości podtrzymania jego życia.

W prawie międzynarodowym nie ma także przepisów, które mówiłyby o pomocy finansowej – w czasie choroby, inwalidztwa czy starości – świadczonej przez organy opieki społecznej, gdyby osoba potrzebująca nie miała własnych dostatecznych środków finansowych. Jednak Stały Komitet Lekarzy przy Światowej Organizacji Zdrowia, zajmujący się problemami wykonywania przez lekarzy ich obowiązków służbowych, przypomniał rządom o obowiązku przyjęcia odpowiednich norm – gwarantujących wszystkim obywatelom dostęp do koniecznej pomocy lekarskiej. W Deklaracji Wiedeńskiej (1988) zapisano, że nikomu, kto potrzebuje pomocy lekarskiej, nie można jej odmówić z powodu jego niewypłacalności. Jednak Deklaracja z Rancho Mirage (1986) zobowiązuje lekarza do ochrony interesów osoby chorej, biorąc jednocześnie pod uwagę koszty leczenia[13].

---

11 *Medycyna a prawa człowieka*, przeł. I. Kaczyńska, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1996.

12 L. Israël, *Eutanazja czy życie aż do końca ?*, Kraków 2002, s. 25.

13 Opracowano na podstawie *Medycyna a prawa człowieka* – książki wydanej w porozumieniu z Europejskim Sekretariatem ds. Wydawnictw Naukowych (SEPS). Przeł. I. Kaczyńska,

Etyka religijna, katolicka, stwierdza, że warunki finansowe chorego nie mogą stanowić przeszkody w leczeniu, do którego wszyscy mają prawo, gdy taka potrzeba wynika. Odmowa koniecznego leczenia ze strony administracji szpitala jest więc absolutnie nie do przyjęcia z punktu widzenia Kościoła[14]. W wypadku, gdy pacjent leczy się prywatnie, państwo ma zawsze obowiązek zwrócić mu wydatki, jeśli sam chory nie jest w stanie opłacić leczenia.

Etyka protestancka idzie jeszcze dalej. Stwierdza, że prawodawstwo socjalne państwa, jeśli spotyka się z takimi problemami, powinno być natychmiast poprawione. Światowa Organizacja Zdrowia wezwała rządy, aby przedyskutowały kwestię zniżek, których medycyna może udzielić ludziom w podeszłym wieku, biorąc pod uwagę poziom ich życia. Jednak w większości państw, z powodu braku środków, problem ten nie jest podnoszony.

Co w takiej sytuacji powinien zrobić człowiek starszy potrzebujący specjalistycznej pomocy medycznej, ale niedysponujący odpowiednimi środkami, by ją sfinansować? Pomimo wielu gwarancji i niekończących się dyskusji, problem pozostaje nadal bez odpowiedzi. Tak samo bez jednoznacznej odpowiedzi pozostaje kwestia, kto ma pierwszeństwo w dostępności do usług medycznych: starszy, czy młody. Wydaje się uzasadnione, by starszy – nawet nieuleczalnie chory – pacjent mógł korzystać z pierwszeństwa przed młodym chorym, gdy chodzi o umieszczenie go, np. na oddziale intensywnej terapii. Międzynarodowe dokumenty dotyczące prawa do życia nie pozostawiają lekarzowi możliwości wyboru – który z tych dwóch pacjentów ma większe prawo do intensywnej terapii, pozwalającej podtrzymać życie – gdyż w przeciwnym razie byłaby naruszona fundamentalna zasada zakazująca jakiejkolwiek dyskryminacji[15].

Obowiązki społeczeństwa wobec ludzi starszych

Fakt, iż ludzie starsi żyją wśród nas i są częścią tego samego społeczeństwa, nakłada na nas wszystkich – na władze ustawodawcze, ale także na poszczególnych obywateli – pewne obowiązki[16]. Musimy pamiętać, że jeśli ludzie starsi mają prawo do odpowiedniej przestrzeni w społeczeństwie, przysługuje im też prawo do zaszczytnego miejsca w rodzinie. Należy przypominać rodzinie, jako podstawowej komórce społecznej, że właściwym jej zadaniem jest rodzenie, pielęgnowanie i przekazywanie miłości.

Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1996.

14 Sobór Watykański II, *Gaudium et Spes*, AAS 58 (1966), s. 1025-1120, n. 29.

15 Patrz: art. 14 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka; art. 2 Paktu Cywilnego; art. 1 Amerykańskiej konwencji praw człowieka

16 Określa to piąta wersja Międzynarodowego planu działania oraz rewizja strategii przyjęta w roku 1992 przez Zgromadzenie Narodów Zjednoczonych. Składają się one na treść dokumentu Ogólne zadania na rok 2001 związane z procesem starzenia się.

I to właśnie w imię tej miłości rodzina winna otaczać opieką swych najsłabszych członków, do których należą ludzie starzy, oraz okazywać im czułą troskę. Trzeba wreszcie przypomnieć, że rodzina potrzebuje odpowiedniego wsparcia: pomocy ekonomicznej, socjalnej i lekarskiej, stosownej polityki mieszkaniowej oraz gwarancji emerytur i ubezpieczeń.

Każdy z nas powinien interesować się ludźmi starszymi, którzy przebywają w instytucjach publicznych lub prywatnych. Oddzielenie ich od rodziny stanie się dla nich mniej bolesne, jeśli społeczeństwo będzie utrzymywało z nimi żywe więzy. Młodzież należy wychowywać w duchu solidarności z najstarszymi. Ta solidarność między pokoleniami może się wyrażać m.in. w towarzyszeniu ludziom starszym. Młodzi, którzy korzystają z okazji niesienia pomocy ludziom starszym, wiedzą, jak bardzo to doświadczenie wpływa na ich formację, pozwalając im dojrzewać i zdobywać wrażliwość na drugiego człowieka, ważną przez całe ich życie. W społeczeństwie konsumpcyjnym, w którym triumfuje egoizm, a środki przekazu w żaden sposób nie próbują przezwyciężać pogłębiającej się samotności człowieka; takie wartości, jak bezinteresowność, poświęcenie, towarzyszenie drugiemu, gościnność i szacunek dla najsłabszych, są wyzwaniem w oczach tych, którzy oczekują odrodzenia ludzkości.

Pragnę zwrócić uwagę na jeszcze jeden obowiązek społeczeństwa wobec ludzi starszych. Przychodzi taki moment, że kończy się aktywność zawodowa i należy przejść na emeryturę. Należy stwierdzić, że oddzielenie od świata pracy i od tego wszystkiego, co się z nim wiąże, dokonuje się w sposób za bardzo gwałtowny, za mało elastyczny oraz rzadko odpowiada planom i decyzjom zainteresowanych. Może warto byłoby w jakiś sposób przygotowywać ludzi starszych, by ich odejście na emeryturę dokonywało się mniej boleśnie lub przynajmniej w jakiś sposób liczyć się z ich planami co do aktywności zawodowej – by nie czuli, że jako nieproduktywni są już niepotrzebni i spychani na margines społeczeństwa. Z przejściem na emeryturę wiąże się także problem natury ekonomicznej. Wielu starszych, pragnąc uzupełnić niską emeryturę daremnie poszukuje pracy. Trzeba zaspokoić tę potrzebę bezpieczeństwa, dając ludziom starszym odpowiednio wysoką emeryturę oraz cały pakiet osłon socjalnych, by mogli spokojnie i bezpiecznie żyć. Jednak dopóki się to nie dokona w naszym społeczeństwie, należy dać możliwość dorobienia do emerytury oraz rozwijania umiejętności twórczych i służby społeczeństwu.

Zakończenie

Moja krótka refleksja nad trzecim wiekiem przedstawia wiele problemów, które domagają się zarówno określonych interwencji ze strony rzą-

dów, jak i podniesienia wrażliwości społeczeństwa. Towarzyszenie ludziom starszym na drogach ich życia jest obowiązkiem wszystkich. Nasze czasy domagają się gruntownej zmiany mentalności oraz przywrócenia starszym miejsca przysługującego im w społeczności ludzkiej.

Społeczeństwo oraz instytucje powołane dla dobra ludzi starszych powinny dawać im możliwość dobrego i godnego przeżycia starości, a także zapewniać im formy opieki społecznej i zdrowotnej dostosowane do różnorodych potrzeb oraz odpowiadające oczekiwaniom człowieka. Dla osiągnięcia tego celu konieczna jest zarówno odpowiednia polityka państwa gwarantująca wspólne dobro, jak i stymulowanie społecznych inicjatyw zmierzających do poprawy życia najstarszego pokolenia. Konieczne jest także mówienie o starości, ukazywanie problemów bioetycznych związanych z procesem starzenia się. Niezbędna wydaje się także szeroka dyskusja wielu środowisk naukowych, by rozwiązać wszystkie problemy związane z trzecim wiekiem człowieka.

The University of the Third Age, Pisz
The human being towards aging: bioethical and philosophical issues.

Modern medical technique, ethical dilemmas and the suffering of the human being – these are the unique topics considered within the framework of bioethics. It is the study of ethical problems arising during the crucial moments of human life: conception, birth, illness, aging, and death. Every human continuously encounters critical moments in their life, which they are unable to solve by themselves, thus demanding bioethics to face new challenges. Bioethics aims at setting boundaries for modern therapeutic techniques, mostly its impact on man's health and the external appearance. It also covers the moral implications of pharmacologic treatment and the usage of various instruments sustaining and stimulating life. Thus, bioethics intends to form the boundaries of medical treatment. The above mentioned fields of bioethics prove the wide range of subjects comprising the framework of bioethics. In my work I will look closely at only one of the aspects of bioethics. I will only give attention to problems related to human ageing and the way this process creates challenges which science and the whole community are compelled to face.

Bibliografia

Bień B., *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość,* Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 36-41.

Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002.

Buchla M., *Komunikacja z wnukami – szansą na lepszą starość* [w:] M. Wawrzak-Chodaczek (red.), *Wybrane aspekty komunikacji społecznej*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2007, s. 21-32.

Kamiński A., *Wychowanie do starości*, „Zdrowie Psychiczne" 1971 nr 1-2, s. 93.

Klonowicz S., *Starzenie się ludności,* [w:] Encyklopedia seniora, WP, Warszawa 1986.

Kotowska E. I., *Zmiana modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna" 2002, nr 4.

Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2005.

Marczuk M., (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin 2006.

Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 41-42.

Wysokińska-Miszczuk J., *Problemy medyczne i społeczne ludzi starych (zagadnienia gerontologiczne)*, [w:] L. Jabłoński (red.), *Sinologia – nauka o zdrowiu społeczeństwa*, Wyd. WOSOL, Warszawa 1998.

Halina Worach-Kardas

Jakość życia i sens życia fazie starości

Wprowadzenie

W Polsce osoby w wieku 60 lat i powyżej to populacja licząca ponad 7,8 mln. Zwiększająca się liczba i odsetek ludzi starszych, czyli proces starzenia się ludności, jest związany głównie z wydłużaniem się życia ludzkiego, ponadto odzwierciedla trendy w zakresie dzietności, umieralności oraz migracji. Starzenie się populacji to jedno z najważniejszych współczesnych wyzwań zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych.

Według najnowszej prognozy GUS w roku 2050 1/3 mieszkańców Polski stanowić będzie populacja w wieku 65 lat i powyżej, przy czym szczególnie wysoki będzie przyrost osób w wieku późnej starości, powyżej 80 lat[1]. Zakłada się więc, że coraz więcej ludzi osiągać będzie umowny próg starości i coraz dłużej będzie żyć po jego przekroczeniu. Powszechne dożywanie starości jest niewątpliwym osiągnięciem medycznym i cywilizacyjnym, szczególnie gdy wiąże się z odpowiednią jakością i poczuciem sensu życia w tym okresie.

Starzenie się jest naturalnym procesem biologicznym oraz egzystencjalnym doświadczeniem człowieka. Wyzwaniem jest, jak po zakończeniu zawodowych obowiązków rozważnie, mądrze korzystać z wolnego czasu, a w konsekwencji pozyskać radość, wiedzę oraz satysfakcję z pokonywania własnych słabości oraz przeciwności losu. Dla człowieka uważającego się za silnego, ważnego i znaczącego, świat jest bowiem czymś bezpiecznym, znanym, pozwalającym sobą kierować również wtedy, gdy doświadcza pewnych schorzeń i dolegliwości. Dla kogoś, kto ma poczucie swej nieprzydatności i słabości, otoczenie zmienia się w arenę działania wrogich sił, źródło zagrożenia i lęku, a poczucie jakości jego życia pogarsza się. Wyobrażenia te i postawy są silnie uwarunkowane kulturowo, a nawet historycznie.

Jakość życia w okresie starości wyznacza wiele powiązanych wzajemnie czynników, pośród których ważne miejsce przypisuje się zdrowiu. Początkowo pojęcie „jakość życia" bazowało na ekonomicznym wymiarze egzystencji człowieka. Zakładano, że jest to zależność liniowa o kierunku dodatnim wraz z wyższym dochodem oraz materialnym poziomem życia jest osiąga-

1 *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Studia i Analizy Statystyczne, GUS, Warszawa 2014 s. 41.

na wyższa jego jakość. Współcześnie włącza się w zakres tego pojęcia także aspekt psychologiczny i społeczny, w tym dobrą pozycję społeczną, poczucie stabilizacji życiowej ,podejście do życia, umiejętność rozwiązywania problemów. Szczególne znaczenie przypisuje się zdrowiu, jako podstawy całościowego funkcjonowania człowieka.

Jakość, sens życia,koncepcja mądrości w świetle badań nad starością

Pojęcie „jakość życia" jest konstruktem wielowymiarowym, kształtowanym przez czynniki zarówno obiektywne, jak i subiektywne. Postrzegana subiektywnie jakość życia odzwierciedla poziom zadowolenia z życia w jego zdrowotnym, materialnym i duchowym wymiarze. Zgodnie z koncepcją WHO jakość życia to postrzegana przez jednostkę pozycja w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w której żyje oraz w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami [2].

Definicja powyższa opiera się na wcześniejszej definicji zdrowia, zgodnie z którą jest ono stanem fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby czy ułomności . Definicja ta stanowi podstawę do wykreowania nowej koncepcji medycyny, w której czyni się ją odpowiedzialną nie tylko za przedłużenie biologicznego życia człowieka, ale również za usprawnienie go , uczynienie aktywnym.

Istnieje jednak wiele definicji jakości życia. Jest to pojęcie wielowymiarowe, zmieniające się w czasie, definiowane nieco odmiennie na gruncie różnych nauk.

W koncepcjach filozoficznych jakość życia utożsamiana jest z dobrostanem (*well-being*) określanym jako różnica pomiędzy „sumą wszystkich rodzajów przyjemności" a „sumą wszystkich rodzajów cierpień", jakich człowiek doświadcza w określonym przedziale życia[3]**.**

Jakość życia utożsamiana bywa z dobrostanem, satysfakcją, szczęściem, dobrym życiem, może być zaś mierzona stopniem, w jakim ludzie cieszą się życiem, wyrażają radość życia i satysfakcję z życia.

Jakość życia próbuje się poszerzyć w ostatnim czasie o wymiar duchowy, obejmujący wiarę religijną i przekonania światopoglądowe. W ocenie jakości życia istotną rolę odgrywają zasoby psychospołeczne, pochodzące z wcześniejszych okresów, jak również aktualne zasoby i sieci wsparcia. Wcześniej koncepcja jakości życia, w odniesieniu do osób starzejących się i starszych opierała się na modelu patologii i zależności, koncentrując

2 The WHOQOL group, The World Health Organization quality of life assessment(WHOQOL); position paper from the World Health Organization, "Soc. Sci". Med 1995, nr 41, s. 1403-1409 .

3 B. Tobiasz-Adamczyk, *Deficyt Indywidualnych Zasobów Psychospołecznych*, [w:] M. Gałuszka, M. Wieczorkowska, (red.), *Społeczne ,kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, Uniwersytet Medyczny, Łódź 2012, s. 253.

się na pomiarze obniżonej wraz z wiekiem sprawności psychicznej i fizycznej oraz na ograniczeniach w czynnościach. Obecna koncepcja jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia jest ukierunkowana na pozytywne aspekty wskazujące na możliwości samodzielnego funkcjonowania osoby starszej – również w sytuacji, kiedy doświadcza ona niepełnosprawności czy przewlekłej choroby. Te możliwości funkcjonowania zależą od wielu czynników, od zasobów materialnych i sieci społecznych, zbudowanych w toku całego dotychczasowego życia oraz ogólnego poczucie satysfakcji życiowej. Na gruncie nauk medycznych oznaczało to przyjęcie szerszej perspektywy wykraczającej poza tradycyjne koncepcje zdrowia.

Czynniki subiektywne to przede wszystkim indywidualne wyobrażenie sensu swojego życia, system wartości czy kontekst społeczny. Czynniki obiektywne natomiast, to zbiór określonych, jednakowych dla wszystkich kryteriów – np. dochód *per capita*, warunki mieszkaniowe, stan zdrowia fizycznego.

Przyjmujemy, że jakość życia to postrzegana przez jednostkę pozycja w życiu, ocena stopnia zaspokojenia potrzeb dokonywana bezpośrednio przez jednostkę – w kontekście kultury i systemu, wartości w której żyje. Ocena ta jest dynamiczna, zmieniająca się w czasie, na którą wpływają doświadczenia tak przeszłe, jak i aktualne .

Znacznie trudniej jest określić pojęcie „sens życia", ponieważ jest nieoperacyjne i nieprzekładalne empirycznie, łączy się bardziej z wysiłkiem woli niż z potrzebą samorealizacji. Jak zauważa Tadeusz Ślipko istnieje wieloznaczność słowa „sens" nawet w powiązaniu z konotacją „sens życia". „Charakteryzując ogólnie te usiłowania można powiedzieć, że «sens życia» utożsamia się (mniej lub bardziej świadomie) z możnością realizacji lub osiągnięcia jakiegoś cennego dobra zdolnego zrekompensować negatywne doświadczenia człowieka, dzięki czemu dobro to zasługuje na to, aby na nim skoncentrować główne dążenia życiowe"[4]. Pytanie o sens życia i jego wartości pojawia się zwykle w sytuacjach skrajnych, granicznych (choroba, cierpienie, zagrożenie życia). Sytuacje graniczne, które człowiek napotyka na drodze swojego rozwoju, stają się dla niego testem i próbą dojrzałości nie tylko psychofizycznej, ale głównie duchowej. Doświadczenia graniczne pozwalają na uzmysłowienie, że „człowiek jest istotą moralną, posiadającą potrzeby metafizyczne oraz przeżywającą swą egzystencję w wymiarze sensu i wartości, że jest obdarzony zdolnością do autorefleksji, autotranscendencji"[5]. Nawet w najbardziej prostym rozumieniu terminu sens życia chodzi o działania, które są zwrócone ku jakiemuś szczególnie cennemu dobru wybijającemu się ponad inne dobra i wartości.

4 T. Ślipko, *Sens życia – Sens starości w perspektywie chrześcijańskiej*, „Ethos" 1999, nr.47, s. 16.

5 J. Kociuba, Jakość czy sens starości, [w:] A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*, Sosnowiec-Dabrowa Górnicza 2014, s. 46.

Refleksja nad starością, a także granicami ludzkiego życia była obecna już w myśli antycznej. Rzymski uczony Pliniusz Starszy, żyjący w latach 23–79, stawiał pytanie: „Jaka jest długość życia, jakie są granice życia ludzkiego. Trudno je wyznaczyć, przedstawiają się bowiem inaczej w różnych miejscach i czasach, a zależą również od losu, jaki został każdemu człowiekowi dany"[6].

W czasach antycznych cykl życia ludzkiego dzielono na okresy siedmioletnie. Według Hipokratesa były to: wczesne dzieciństwo, dzieciństwo, młodość, wiek młodego człowieka, wiek dojrzałego człowieka, wiek starszego człowieka, starość. Warto też zacytować Solona, greckiego mędrca, który wyodrębniając 10 okresów siedmioletnich w życiu człowieka, pisał: „w siódmej i ósmej siódemce najtęższa jest myśl i wymowa człowieka, jeszcze w dziewiątej jest krzepki, lecz słabnąć zaczyna już jego mądrość i język, by mógł błyszczeć tężyzną, jak wpierw"[7].

Czy przedłużenie się średniego trwania życia ludzkiego, dożywanie znacznie większej liczby osób do wieku późnego, zaawansowanej starości okupione jest większą chorobowością, niesprawnością? Zapewne jest to prawdą w wymiarze liczb, jednak można też postawić inne, konkurencyjne pytanie: czy kiedykolwiek wcześniej było tak wielu ludzi starszych, stosunkowo sprawnych i niezależnych, jeśli nawet niezupełnie zdrowych?

Wydłużanie się życia ludzkiego może prowadzić do wzrostu zjawiska niepełnosprawności w społeczeństwie. Starzenie się ludności stanowić będzie zatem wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, administracji terenowej, opieki społecznej, innych instytucji i organizacji powoływanych do wspomagania seniorów[8]. Dłuższe życie ludzkie jest niewątpliwie wyrazem sukcesu w wymiarze medycznym i cywilizacyjnym. Nadal jednak dominuje ujęcie tego procesu raczej w kategoriach zagrożenia: dla systemu zabezpieczenia społecznego zwłaszcza emerytalnego, systemu zdrowia oraz konkurencyjność gospodarki, zmniejszanie mobilności i elastyczności zasobów pracy, a zwłaszcza rosnących wydatków na opiekę medyczną i usługi socjalne. Wzrost liczby osób starszych, „siwienie społeczeństw" postrzegane jest głównie w kategoriach narastającego obciążenia, nie, a potencjalnych zasobów. Obserwować można wzmożenie działań w kierunku nie tylko lepszego zdrowia, ale i lepszego samopoczucia co stanowi wyraz pewnej dynamiki kulturowej.

---

6 Por. S. Ostasiewicz (red.), *Metody oceny i porządkowania ryzyka w ubezpieczeniach życiowych*, Wyd., AE, Wrocław 2000, s. 14.

7 Tamże, s. 14.

8 H. Worach-Kardas, Sz. Kostrzewski, *Długotrwałe bezrobocie - instytucjonalne i nieformalne sieci wsparcia w świetle badań własnych*, [w:] M. Gagackiej i K. Głąbickiej (red.), *Lokalne sieci wsparcia,* PTPS, Radom 2010, s. 23.

Nastąpiły bowiem istotne zmiany struktury demograficznej oraz relacji wewnątrzrodzinnych; pokolenie najstarsze liczebnie zaczyna przeważać nad pokoleniem wnuków. Przez całe wieki wczesna umieralność sprawiała, że ojciec umierał często przed zawarciem związku małżeńskiego przez najstarsze dziecko. Szacunek dla seniorów rodu wynikał nie tylko z uznania dla ich doświadczenia , ale również z faktu przypisywania wartości temu co jest rzadkie i powszechnie niespotykane. W przeszłości osiąganie starości, długie i zdrowe życie dane było tylko nielicznym, zwłaszcza zaś stojącym na szczycie ówczesnej hierarchii społecznej. Głównie władcy oraz ludzie wysoko postawieni w tej hierarchii zachowywali zdrowie do późnego wieku, czy nawet do kresu długiego życia. Ich sprawność, energia poparta była działaniem czynników kulturowych, wprawą, doświadczeniem, budziła respekt i szacunek zarówno dla nich, jak i dla starości jako fazy życia.

Długie życie ludzkie, stanowiąc niewątpliwą wartość zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym, posiada wszakże konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne. Problemem jest to, że wprawdzie wydłuża się życie, ale niekoniecznie jest to życie w zdrowiu. Ludzie chcą żyć dłużej, ale nie chcą być „starymi", chorymi, zdanymi na łaskę innych. W gerontologii istnieje wiele ujęć teoretycznych dotyczących pomyślnego przebiegu starzenia się, a główne z nich to: teoria wycofania się, teoria aktywności oraz teoria kontynuacji. Przyjętym obecnie paradygmatem jest formuła aktywnego starzenia nawiązująca do teorii aktywności. Główne założenie tej teorii głosi, że warunkiem pomyślnej starości jest długotrwała realizacja różnych form aktywności. Teoria aktywności opiera się na założeniach dotyczących pozytywnej korelacji pomiędzy aktywnością a dobrym samopoczuciem i udanym życiem. Zaangażowanie starszych osób w liczne, nowe sfery (np. w życie rodzinne) ma stanowić rekompensatę za wycofanie się z innych ról (np. zawodowych). W teorii tej przyjmuje się, że naturalną rzeczą dla człowieka jest aktywna adaptacja do życia w starości, gdyż aktywność jest psychiczną i społeczną potrzebą odczuwaną w każdym, także sędziwym wieku. Dobre przystosowanie do życia w zaawansowanym wieku polega na wykorzystaniu w nim wzorów i wartości charakterystycznych dla wieku średniego. Zgodnie z tą teorią negatywna w skutkach utrata jakiejś roli może być jednak w pełni zastąpiona przez przyjęcie nowej roli, bardziej „właściwej" dla danego wieku. Od lat 80. XX wieku dominującą perspektywą psychologiczną stała się perspektywa cyklu (biegu) życia (*life course approach*). W podejściu tym poszukuje się powiązań, doświadczeń życiowych, przeżyć osobistych, które w przeszłości wpływały na różne wybory, decyzje życiowe oraz działania obecnie żyjących osób starszych. Badania nad starzeniem się i starością koncentrują się zatem na możliwościach wydłużania życia w miarę sprawnego. Innymi słowy, chodzi o to, by wydłużyć trzeci wiek – pogodnej, zarazem godnej – jesie-

ni życia, czasu skumulowanego doświadczenia i życiowej mądrości. Ma to szczególne znaczenie w kontekście relacji międzypokoleniowych oraz właściwego wychowania młodego pokolenia .

Niektóre badania sugerują nawet, że mądrość w większym stopniu wpływa na satysfakcję z życia w okresie starości niż zdrowie fizyczne[9].

W ujęciu Erica Ericsona wartością możliwą do osiągnięcia w fazie wieku późnego jest właśnie mądrość. Wiedza na temat mądrości może więc być przydatna we wszelkich działaniach wspierających rozwój człowieka dorosłego w ramach szkoleń , w doradztwie i coachingu. Także dla samorozwoju, zwłaszcza osób, które pełnią funkcje autorytetów, czyli osób, do których ludzie zwracają się po poradę w ważnych sprawach życiowych, w tym osób zajmujących się wychowaniem ludzi młodych.

Brakuje społecznie dostępnych wzorców mądrości oraz rzetelnych źródeł informacji na temat sztuki świadomego i spełnionego życia. W koncepcji rozwojowej E. Ericsona akcentowana jest integracja, akceptacja swojego dotychczasowego życia, swojej przeszłości, nadawanie sensu teraźniejszości, akceptowanie własnej niedoskonałości, objawów starzenia się, nieuchronnej perspektywy końca życia[10]. Koncepcja ta ujmuje mądrość jako finalne stadium rozwoju osobowości, osiągane przez niektórych w okresie późnej dorosłości. Zarówno w koncepcji E. Ericsona, jak też V. E. Frankla mądrość jest jakością osiąganą w procesie długotrwałego rozwoju osobowości, może więc zostać osiągnięta dopiero w późnym stadium rozwoju[11].

Mądrość, jako wysokie stadium rozwoju człowieka dorosłego, obejmuje poznanie i rozumienie siebie, ludzi i świata, stanowi orientacje przyczyniające się do produktywności i dobrostanu zarówno jednostki, jak i grupy. Badania nad starzeniem naświetlają fakt, że po przekroczeniu pewnego etapu życia zaczyna się traktować osobę jako nieproduktywną stąd tak często występująca tendencja do dystansowania się do starości jako fazy życia . Gdy starość jest wypierana, człowiek starszy traci wartość jako przekaźnik tradycji i nosiciel mądrości. „Zamiast mądrości i kompetencji autobiograficznych, doświadczenia życiowego, roztropności, troskliwości itp. atrybutów pozytywnej starości, wskazuje się brak orientacji we współczesnych realiach, niekompetencję w załatwianiu spraw urzędowych, nienadążanie za nowo-

9 Por. A. Kałużna-Wielobób, *Psychologiczne koncepcje mądrości*, „Teraźniejszość-Człowiek-Edukacja" 2014, nr 68(4) s. 63-65.

10 H. Worach-Kardas, *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości,* Wyd., Naukowe„ Śląsk", Katowice 2015 s. 54.

11 J., Kociuba, *Jakość czy sens starości* [w:] A. A. Zych (red.), *Starość darem zadaniem i wyzwaniem,* Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza 2014 s. 37-39.

czesną techniką i poczucie ogólnospołecznego i kulturalnego niedostosowania wywołującego izolację, samotność i przygnębienie” [12].

Współczesna kultura akcentuje takie walory, jak wysoka sprawność fizyczna i umysłowa, kreatywność, koncentracja na osiąganiu celów osobistych a nie wspólnotowych (kult młodości i indywidualizmu). Cechą wysoce pożądaną człowieka we współczesnym społeczeństwie jest młodość, zdrowie, witalność, dobrostan ,zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej. Wyznacznikiem pomyślności jest też wysoka produktywność zawodowa, warunkująca sukces i dobrobyt materialny. Stereotyp osoby starszej nie kojarzy się z tymi cechami , przeciwnie, pozostaje w opozycji do tego obrazu wartości.

Jeden ze stereotypów na temat starzenia się głosi, iż wraz z wiekiem ludzie stają się bardziej pochłonięci wspomnieniami ze swojego dzieciństwa i młodości niż życiem bieżącym, zmniejsza się intensywność kontaktów społecznych. Prowadzi to do izolacji i samoizolacji jako mechanizmu obronnego, może wzbudzać chęć zdystansowania się i postawę negacji wobec starości, negując sens starości jako mniej wartościowej fazy życia (ageofobia).

Psychologia rozwoju człowieka dorosłego wskazuje, że możliwe jest wkraczanie w kolejne etapy życia ze świadomością zmian, zarazem z dobrym nastawieniem, ukierunkowanym na wykorzystanie zalet każdego wieku. Dobra adaptacja oznacza akceptowanie zmian, powiązanych z wkraczaniem w kolejne etapy życia, ze starością włącznie. Rozwój stanowi kontinuum – od wczesnych do późnych faz życia. Starość traktowana jako odcinek czasowy dorosłości określana jako „późna dorosłość” lub „późna dojrzałość” akcentuje ciągłość rozwoju człowieka.

Z biologicznego punktu widzenia starzenie się człowieka wiąże się z przewagą procesów katabolicznych nad anabolicznymi, z obniżeniem sprawności fizycznej oraz narastaniem wraz z wiekiem dolegliwości chorobowych. Tempo i rodzaj zmian związanych ze starzeniem się nie układają się w jeden wzorzec[13]. Wynika to głównie z indywidualnych i niepowtarzalnych biografii, odmiennych doświadczeń życiowych, tworzących w efekcie odmienne osobowości. Ludzie starsi dysponują rozległymi pokładami spersonifikowanej przeszłości, czyli osobistym doświadczeniem, różnorodnie kształtującym ich psychikę; nie jest tak, jakoby po przekroczeniu pewnej granicy wieku zanikać miały ich indywidualne cechy. Wprawdzie seniorom przypisuje się także pozytywne atrybuty i role, jednak pozytywny obraz osób starszych rozpowszechniony jest na mniejszą skalę, a dominuje raczej negatywny. Starość nie musi być jednak kojarzona

12 M. Straś-Romanowska, T. Frąckowiak, *Potoczne przekonania na temat starzenia się w świetle badań psychologicznych*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski, (red.), P*omyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, Łódź 2009, s. 29.

13 Tamże, s. 29.

głównie z narastaniem dolegliwości chorobowych, przemijaniem, smutkiem; podkreślenia wymagają cechy i wartości, które mogą być osiągane jako wynik długiego życia i które nadają temu życiu sens.

Zdrowie jako czynnik pomyślnego starzenia

Georges Vigarello trafnie zauważa nakładanie współcześnie coraz większej odpowiedzialności na jednostkę w kwestii utrzymania jej w dobrym stanie zdrowia, witalności i dobrym samopoczuciu. Chodzi o zespół działań, jakim jest nieustanne kontrolowanie przez jednostkę fizycznych wskaźników własnego organizmu. Ten indywidualizm wraz z własną retoryką reklamową, zachęcającą do konsumpcji leków i suplementów, nadaje szczególny ton dzisiejszym zaleceniom zdrowotnym[14]. Mowa tu o upowszechnianiu się „sterowania" własnym ciałem za pomocą osobistego sprzętu, stałego śledzenia zmian, jakim ulegają różne wskaźniki organizmu oraz przewidywania skutków tych zmian. Daje to obraz ciała „zinformatyzowanego", utrzymywanego w równowadze przez ciągłą obserwację sygnałów cyfrowych. Rozwinęły się badania nad statystycznym prawdopodobieństwem zachorowania danej jednostki. Zgodnie z koncepcją „pola zdrowotnego'' M. Lalonde'a przyjmuje, się że prawdopodobieństwo zachorowania zależy od stanu środowiska, (przyrodniczego i społecznego) w jakim człowiek żyje, od cech dziedzicznych, opieki zdrowotnej, przede wszystkim zaś od stylu życia

Zdrowe życie jest wypadkową kombinacji wielu czynników, takich jak: sprawność fizyczna, sposób odżywiania, zapobieganie chorobom, światopogląd i relacje z otoczeniem – w powiązaniu z wpływami genetycznymi.

Relacje z bliskim i dalszym otoczeniem mogą przyśpieszać lub opóźniać proces starzenia się. Pomyślne starzenie się jest ściśle powiązane z utrzymywaniem własnej autonomii i niezależności oraz możliwości decydowania o własnym losie. W badaniach stwierdzono silną zależność sytuacji zdrowotnej starszego człowieka od otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i społecznego. Takie czynniki, jak samotność, izolacja społeczna, wczesne wdowieństwo, konflikty rodzinne, zaniedbania i zaniechanie wsparcia stanowią czynniki ryzyka chorób, postępującej niesprawności, a nawet przedwczesnej umieralności osób w starszym wieku.

Z kolei samodzielność, niezależność ekonomiczna, jest rozumiana jako dysponowanie własnymi źródłami dochodów, zaspokajanie potrzeb na poziomie zapewniającym bezpieczeństwo zdrowotne, socjalne i uczestnictwo w życiu społecznym. Mniejsza liczba czynników stresujących i niższy po-

14 G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności,* Oficyna Wydawnicza Wolumen, Warszawa 1997, s. 277.

ziom stresu jest także skutkiem pojawiającej się wraz z wiekiem ostrożności, rozwagi, mniejszej skłonności do podejmowania ryzyka. Starość oraz starzenie się należy rozpatrywać w dwóch wymiarach: makrospołecznym (polityka, ekonomia, kultura) oraz mikrospołecznym (wartości, styl życia, rodzina, codzienna aktywność). Starzenie się ludności wymaga wielu zmian: w kształceniu medycznym, w organizacji ochrony zdrowia, zmian w strukturze alokacji środków opieki zdrowotnej[15]. Wymaga to pewnego wycofania się z interwencji medycznych na rzecz rehabilitacji, usług pielęgnacyjnych oraz terapii psychologicznych i psychiatrycznych. w dziedzinie zdrowia publicznego większego znaczenia zaczynają nabierać działania z obszaru zdrowego starzenia się w miejsce klasycznej profilaktyki chorób zakaźnych. Zmiana ta nazywana jest niekiedy zasadniczą zmianą paradygmatu w medycynie. Samodzielności osób starszych sprzyjać powinny działania rehabilitacyjne i terapeutyczne. Istotą tych działań jest wspieranie w samodzielnym zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych oraz integracja z lokalną społecznością[16]. Analiza prac badawczych dotyczących stresu w różnych grupach wieku wykazała, że to raczej ludzie młodzi i w wieku wczesnej dorosłości doświadczają istotnie więcej stresów niż starsi. Można to wyjaśnić korzyściami, jakie daje ludziom starszym doświadczenie i wiedza skumulowana w toku całego życia. Zdobyte umiejętności życiowe, mogą okazać się przydatne w walce ze stresem. Pomocne jest unikanie pewnych sytuacji oraz określonych typów ludzi, mądrość rozumiana jako roztropność i dalekowzroczność w rozwiązywaniu realnych problemów życiowych[17].

Ludzie starsi nie przeżywają już stresu związanego z pracą zawodową (lub jej brakiem), wychowywaniem dzieci, zmianami materialnego poziomu życia. Mniejsza liczba czynników stresujących i niższy poziom przeżywanego stresu wynikać może również z ostrożności, rozwagi, małej skłonności do podejmowania ryzyka przez ludzi starszych. Niższemu poziomowi stresu może sprzyjać ponadto prosty, regularny rozkład codziennych zajęć, spokój, przejrzysty schemat dnia, kontakt z przyrodą, a także, co istotne, praktyki religijne. Problemem są choroby, objawiające się w wieku późnym, szczególnie, które jednoznacznie kojarzą się z utratą zdrowia i przyspieszonym starzeniem – dotyczy to m.in. miażdżycy, nowotworów, choroby Alzheimera, zwyrodnienia stawów i kręgosłupa, schorzeń neuro-

---

15 B. Bień, *Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia na zdrowotną i psychosocjalną sytuację ludzi starych. 15-letnie przekrojowo sekwencyjne badania kohortowe ludzi starych w Białymstoku,* Białystok 1996, s. 17.

16 S. Golinowska, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje,* Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2013, s. 131.

17 I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się,* Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006.

logicznych[18]. Ogólnopolskie badania PolSenior wykazało jednak, że stan zdrowia osób w wieku 65 lat i powyżej w Polsce jest obecnie znacząco lepszy niż ich rówieśników sprzed 20 lat.

Jakość życia w starości jako wyzwanie indywidualne i społeczne

Jakość życia w starości zostaje obniżona, gdy osobę starszą cechuje brak orientacji we współczesnych realiach, nienadążanie za nowoczesną techniką, poczucie społecznego i kulturowego niedostosowania wywołujące izolację, samotność, przygnębienie[19]. Style życia w starości dyktowane są przez okoliczności, niekiedy przez stereotypy kulturowe, czasami przez pasywność czy indolencję lub przez kombinację tych czynników. Te ograniczenia oraz inne czynniki psychosocjalne, a nie wyłącznie sam wiek, są odpowiedzialne za spadek sił oraz wycofywanie się z różnych sfer życia. Wobec tego zasadne jest pytanie, czy odtrutką na lęki nie powinno być wyszukiwanie pozytywnych stron starzenia się oraz świadomość posiadanego potencjału fizycznego i umysłowego, który może zapewnić żywotność, także w późnych latach wydłużonej starości?[20] Zdrowie jest solidną, ale nie jedyną podstawą żywotności, a pośrednio także jakości życia. Pielęgnowanie żywotności narzuca konieczność stawiania wymagań własnemu ciału i umysłowi oraz przyjęcia raczej aktywnej niż biernej postawy wobec życia. Aktywność jest konieczna, aby nie ulec stagnacji, jakkolwiek wraz z wiekiem odbywać się może ona w mniejszym wymiarze i zwolnionym tempie. Wraz z wiekiem należy też rozważać podjęcie nowych zajęć i zainteresowań w celu odświeżenia oraz wzbogacenia życia.

W wielu pracach stawiane jest zatem pytanie: jaka jest recepta na aktywną, dobrą, godną starość? Wydłużająca się faza późnej dorosłości stwarza człowiekowi, który osiągnął w niezłej formie psychicznej szansę dopełnienia swojego dorobku życiowego, niekiedy zaś nawet zneutralizowania konsekwencji wcześniejszych niepowodzeń życiowych. Jerzy Semków odnosząc się do badań nad osobami długowiecznymi, zauważa, iż „tym co wyróżnia badanych stulatków i pozwala im akceptować życie jest stale podtrzymywana więź z rodziną i przyjaciółmi warunkowana otwartością i towarzyskim sposobem życia. Więź z rodziną, a nawet, w przypadku mężczyzn, poczucie pełnienia przywódczej roli w kręgu rodzinnym wsparte są często na religijności połączonej z głęboką wiarą”[21]. W podob-

18 M. Bardadyn, *Kody młodości. Odmładzanie strukturalne, wiek a metryka,* Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2011, s. 19.

19 M. Straś-Romanowska, T. Frąckowiak, *Potoczne przekonania…*, s. 29.

20 I. Gore, *Wiek a aktywność życiowa*, PZWL, Warszawa 1980, s. 36.

21 J. Semków, *Późna dorosłość wobec perspektywy wydłużonego trwania życia w świecie coraz nowych wyzwań*, [w:] M. Malec (red.), *Edukacyjne,kulturowe i społeczne konteksty starości*,Oficyna

nym tonie pisała Kinga Wiśniewska-Roszkowska, konstatując fakt, że na skutek postępów medycyny jesteśmy świadkami niebywałego i niewidzianego dotąd wzrostu liczby ludzi starych, przy równoczesnym ograniczeniu rozrodczości i zmniejszaniu się odsetka młodzieży. „Ludzie starzejący się i starzy zaczynają liczbowo przeważać i coraz większą rolę będą odgrywać w społeczeństwie (…). Wszystkie nauki zajmujące się starością, badające jej sytuacje i możliwości coraz wyraźniej odkrywają i głoszą, że starość może być zdrowa i sprawna, twórcza i szczęśliwa. Często obecnie obserwowane niedołęstwo starych ludzi jest po prostu przez nich zawinione, jako skutek braku uświadomienia w wieku młodszym i nieodpowiedniego trybu życia”[22]. Zdrowie, możliwie najpełniejsze i najlepsze jest podstawowym i najważniejszym warunkiem dobrej jakości życia i zadowolenia w starości. Jest ono również ważnym czynnikiem współwyznaczającym pozycję starszego człowieka w rodzinie i społeczeństwie pozwalającym na czerpanie satysfakcji z dobrego jakościowo, niezależnego życia[23].

Starość jest nieuchronnie okresem wielu zmian osobniczych. Starzeniu się organizmu towarzyszy stopniowe pogarszanie się zdolności adaptacyjnych, w tym zdolności do wysiłku fizycznego. Dokonujące się wraz z wiekiem zmiany w wydolności i sprawności funkcji fizjologicznych warunkowane są współistniejącymi chorobami, ale także nastawieniem psychicznym, sposobem życia, gotowością do podejmowania aktywności . Proces starzenia się jest naturalnym procesem biologicznym, nie sposób więc go całkowicie zahamować, jednak przez podejmowane wysiłki i stawiane sobie cele można wydłużyć okres aktywnego, samodzielnego i niezależnego życia. Uwolnieni od zawodowych obowiązków ludzie starsi mogą też dawać przykład jak rozważnie, mądrze można korzystać z wolnego czasu, a w efekcie pozyskać radość, wiedzę oraz satysfakcję z pokonywania własnych słabości[24]. Dla pedagogów, w szczególności andragogów, propozycja brzmi: uczyć się przez całe życie. Uczyć się można także opierając się na doświadczeniach biograficznych czyli z historii własnego i cudzego życia. Istotna jest rozsądna dbałość o zdrowie – sprawność fizyczną, zdrowe odżywianie – życie zgodne z naturą (działania proekologiczne), to kolejne elementy recepty na starość, na pogodną, dobrą– własnego i innych ludzi. Odkrywanie siebie, poznanie siebie i robienie tego, co sprawia przyjemność, rozwija, daje satysfakcję i przynosi korzyści społeczne oraz finansowe. Praca nad sobą, dążenie do równowagi psychicznej, emocjonalnej, intelektualnej. Podobnie jak każda faza życia także starość ma blaski

---

WydawniczaATUT, Wrocław 2011, s.56.

22 K. Wiśniewska-Roszkowska, *Stary człowiek w rodzinie,* PZWL, Warszawa 1975, s. 137.

23 R. Bonisławski, *Turystyka seniorów*, [w:] *Aktywizacja osób starszych w województwie łódzkim*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2011, s. 43.

24 Tamże, s. 45.

i cienie. Konieczne jest przełamywanie negatywnych stereotypów starości jako czasu stagnacji, regresu i braku aktywności. Potrzebna jest polityka *proage*, swoista promocja wartości wieku późnego za pomocą głównie mediów i kultury popularnej, a także poszukiwania sposobów, aby czas starości uczynić okresem społecznie wartościowym i przynoszącym osobistą satysfakcję. Potrzebne są więc – niejako techniczne – zalecenia odnoszące się do sztuki osiągania dobrej jakościowo jesieni życia, jak te sformułowane przez Agnieszkę Bron[25]:

1. Dostosowanie do punktów zwrotnych (np. przejście na emeryturę) i ich akceptacja lub wykorzystanie.
2. Tworzenie (wynajdywanie) małych, miłych zdarzeń i cieszenie się nimi – świadomość przemijania czasu.
3. Kochanie siebie – uczucie szczęścia, zadowolenia.
4. Związki z innymi – kontakty bliskie i odległe.
5. Pomaganie innym i wybaczanie; społeczne zaangażowanie.
6. Życie zgodne z przyzwyczajeniami, ale wciąż w poszukiwaniu nowych emocji w kulturze i naturze.
7. Pielęgnowanie sprawności fizycznych.
8. Pielęgnowanie sprawności umysłowych.
9. Rozwiązywanie problemów i ćwiczenie zdolności ich wykonywania – bycie aktywnym.
10. Siła napędowa – ciekawość i emocje.

Pozytywne podejście do wieku późnego objawia się w swoistej „pochwale starości „ zarówno w kategoriach medycznych jak i społecznych. Jolanta Twardowska-Rajewska zauważa że „ w miarę upływu lat dochodzi do ściślejszej integracji obu półkul mózgu, co szczególnie cenne jest w takich dyscyplinach jak prawo, medycyna, zarządzanie, edukowanie czy redagowanie. Z wiekiem struktura mózgu zwana spoidłem wielkim lub ciałem modzelowatym (*corpus callosum*) lepiej integruje obie półkule: lewą, zazwyczaj odpowiedzialną za myślenie logiczne i mowę oraz prawą, realizującą zadania intuicyjne i stany emocjonalne. Pozwala to osobom starszym nie tylko na utrzymanie dawnego poziomu inteligencji, ale również na integrację myśli z uczuciami, co przejawia się jako «zrównoważenie» seniora”[26]. Prawidłowości te są możliwe pod warunkiem, że człowiek kontynuuje edukację przez całe życie, ćwiczy zarówno ciało, jak i umysł,

25 A. Bron, *O starzeniu i uczeniu się. Praca i miłość w jesieni życia,* [w:] M. Malec (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*, Oficyna Wydawnicza. ATUT, Wrocław 2011, s. 46.

26 J. Twardowska-Rajewska, *Piękny umysł czy kidult*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, *Zostawić ślad na Ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Prof. Wojciechowi Pędichowi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 145.

bowiem te dwie sprawności – fizyczna i umysłowa – wzajemnie się wspierają. „Osiągnąć piękno człowieczeństwa w wymiarze umysłu i duszy to chyba niedościgły cel w osobistym rozwoju każdego. Piękny umysł genialnego mędrca pod koniec życia osiąga apogeum wiedzy czy artyzmu, jednak nie konsumuje własnego intelektualno-duchowego bogactwa sam, lecz udostępniając je innym – swym bliskim, uczniom, postronnym obserwatorom, czytelnikom". Jest to niewątpliwie ideał i wyzwanie, do którego należałoby dążyć, ideał jednak niełatwy do zrealizowania. Najstarsze pokolenie jest wprawdzie depozytariuszem pewnych wartości, świadkiem wydarzeń i przekaźnikiem tradycji niejako „z tytułu samego wieku". We współczesnym społeczeństwie jednak żywa ludzka pamięć i praktyczna wiedza nabyta w toku długiego życia jest wypierana przez pamięć sztuczną, (zapisywaną na trwałych nośnikach informacji), a pozycja ludzi starszych w rodzinie i społeczeństwie nie jest już tak oczywista.

Rozważania dotyczące starości dopuszczają zarówno interpretacje pesymistyczne, jak i optymistyczne. To drugie podejście bazuje na świadomości że długie życie jest swoistym darem. Ireneusz Ziemiński, analizując filozoficzny sens starości stwierdza: „Starość bowiem można potraktować nie tylko jako ocenę życia, lecz także jako nagrodę za jego ciężary. Znaczyłoby to, że starość (dar długiego życia) jest zapłatą za trud istnienia który nałożyła na nas natura (a może bogowie?) i któremu przynajmniej niektórzy z nas potrafili sprostać"[27]. Dobre starzenie się rozpoczyna się nie po osiągnięciu umownego progu starości, lecz znacznie wcześniej: w dzieciństwie, młodości, dorosłości. Ważne jest wczesne podjęcie procesu adaptacji do wydłużonego okresu starości. Szczególnie lata średnie, dorosłość to okres budowania kapitałów: ekonomicznego, środowiskowego i społecznego, które zaprocentują w latach późniejszych. Duże znaczenie w kształtowaniu jakości życia starszego pokolenia wydają się odgrywać następujące czynniki: dobre zdrowie fizyczne, bezpieczeństwo materialne, czyli dysponowanie stabilnym i adekwatnym do potrzeb dochodem, przychylne środowisko społeczne i udane życie rodzinne, zdrowie funkcjonalne (zdolność do samoobsługi i samoopieki), doświadczanie przywiązania, miłości i opieki [28].Wymieniony autor zaproponował szereg zasad dobrego starzenia się. Oto niektóre z nich: nauczmy się czerpać satysfakcję z każdej fazy życiowej – wcześnie rozwijajmy różne formy aktywności zwłaszcza aktywność fizyczną i zainteresowania pozazawodowe; bądźmy otwarci na świat i ludzi; bądźmy dobrzy dla bliźnich; generujmy i pielęgnujmy relacje międzypokoleniowe. Zaproponowane „zasady" wskazują na rolę sa-

27 I. Ziemiński, *Starość jako faza życia (filozoficzny sens starości)*,[w:] B. Bugajska (red.), *Życie w starości,* Wyd. Zapol, Szczecin 2007, s. 13-34.

28 Z. Woźniak, *Dziesięć zasad dobrego starzenia się*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, *Zostawić ślad...*, s. 149.

mych jednostek w osiąganiu zdrowego, samodzielnego, dobrego zatem i wartościowego życia w okresie starości. Jednostkowy dobrostan może być rozumiany wielorako ponieważ poza objawami obiektywnymi istnieją pokłady indywidualnych aspiracji psychicznych i społecznych, które nadają sens ludzkiemu życiu. Sens życia w starości można ująć jako pytanie o celowość poniesionych w toku życia wysiłków, doświadczanej satysfakcji z życia, zadowolenia z życiowego bilansu.

Odnotowując wyraźne wydłużanie się życia ludzkiego, należy pozostawić otwarte pytanie, czy dłuższe życie ludzkie oznacza wydłużone zdrowie, sprawne i niezależne życie, czy też zaprzeczenie tego stanu? Istotna jest bowiem nie tylko przeciętna długość życia, lecz także proporcja życia sprawnego do niesprawnego, długość życia w zdrowiu i w chorobie. Znamienne, że w podziale na płeć proporcja ta jest mniej korzystna dla kobiet niż dla mężczyzn; kobiety żyją wprawdzie dłużej, ale też częściej i dłużej chorują.

Podsumowanie

Aleksander Kamiński podkreślał rolę aktywności własnej człowieka doświadczającego fazy późnej dorosłości pisząc : „Póki trwa zaangażowanie w tych czy innych rodzajach aktywności trwa młodość w starości. Gdy rozpocznie się w życiu człowieka tendencja do zaprzestania starań o ożywienie i podtrzymywanie zaangażowań człowiek staje na progu nowego okresu: na progu autentycznej starości; regresu starczego, psychofizycznego schyłku”[29]. Parametry przeciętnego trwania życia ludzkiego ilustrują głównie zmiany ilościowe, wyrażane w liczbie lata życia. Kwestią niezwykle ważną jest jakość tego życia. Dodawaniu „lat do życia”, czyli wzrostowi jego długości powinno zatem towarzyszyć dodawanie „jakości życia do lat”, czyli wydłużanie okresu zdrowia, sprawności i satysfakcji osobistej .

Istnieją różne modele przeżywania starości. Niektóre z nich stwarzają szanse uczynienia tego okresu wartościowym i dającym poczucie wiary w sens życia. Obok siły światopoglądu, który wyznaje człowiek w późnej dorosłości, istotna jest także jego aktywność chroniąca go przed poczuciem zniechęcenia rezygnacji, apatii. Aktywność własna może przybierać różne formy, poczynając od aktywności fizycznej, której celem jest utrzymanie ogólnej kondycji zdrowotnej. Inną, nie mniej ważną jest aktywność intelektualna, praca umysłowa, uczenie się nowych rzeczy (np. języków obcych), co stymuluje mózg i sprzyja zdobywaniu cennej wartości, jaką jest mądrość. Z kolei aktywność psychospołeczna to podtrzymywanie

29 A. Kamiński, *Aktywność jako wzmaganie żywotności osób starszych,* [w:] *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna,Warszawa 1986, s. 117.

pozytywnych relacji z innymi ludźmi, korzystanie z ich wsparcia ale też – wzajemnie – służenie im w sytuacjach trudnych. Dobrostan psychiczny w tym okresie wiąże się też z pozytywnym stosunkiem do własnej osoby, własnej oceny dotychczasowego życia, wykorzystywaniem swojego potencjału, stwarzaniem okazji do rozwijania nowych uzdolnień i ukrytych dotąd możliwości. „Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku tak i starość może być najpiękniejszym okresem życia, w którym osiąga się życiową mądrość i czuje prawdziwy smak życia, a to co się w ciągu życia przeżyło daje poczucie rzetelnego dzieła. Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne i starość też jałowa, bolesna a nawet tragiczna być może"[30]. A zatem ważne jest pytanie, jakimi starszymi osobami chcemy być, a nie tylko – co należy robić, żeby jak najdłużej zatrzymać młodość? Późna dojrzałość to czas finalizowania scenariuszy pisanych przez kolejne fazy, czas dokonywania bilansu życiowego, zarazem potencjalnie możliwej do osiągnięcia pomyślnej, bowiem obdarzonej sensem życia starości.

The Quality and Meaning of Life in Old Age

Quality of life is a term used in many different scientific disciplines to stand for level of gratification of material and non-material needs of individuals and society. High quality of life means physical and mental well -being, life satisfaction , positive attitude towards life. It is empirically measured by examination of subjective contentment in different fields of life. Sense of life relates to experiencing senility in the context of core values and life balance. In theoretical aspect the article relates to activity theory. The aim of the paper is analysing interdependence of quality of life and sense of life in the old age.

Bibliografia

Tobiasz Adamczyk B., *Deficyt indywidualnych zasobów psychospołecznych*, [w:] M. Gałuszka, M. Wieczorkowska, (red.), *Społeczne kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, Uniwersytet Medyczny, Łódź 2012.

Bardadyn M., *Kody młodości. Odmładzanie strukturalne, wiek a metryka*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2011, s. 19.

30 A. Kępiński, *Rytm życia,* Sagistarius, Warszawa 1992, s. 31.

Bień D., *Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia na zdrowotną i psychosocjalną sytuację ludzi starych. 15 letnie przekrojowo sekwencyjne badania kohortowe ludzi starych w Białymstoku*, Białystok 1996.

Bron A., *O starzeniu i uczeniu się, Praca i miłość w jesieni życia,* [w:] M. Malec, (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości,* Oficyna Wydawnicza. ATUT, Wrocław 2011.

Bonisławski R., *Turystyka seniorów*, [w:] *Aktywizacja osób starszych w województwie łódzkim*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2011, s. 43.

Gore I., *Wiek a aktywność życiowa*, PZWL, Warszawa 1980, s. 36.

Halicka M., *Satysfakcja życiowa. Studium teoretyczno-empiryczne*, Białystok 2004.

Kałużna-Wielobób A., *Psychologiczne koncepcje mądrości,* „Teraźniejszość – Człowiek Edukacja" 2014 nr 68(4) s. 63-65.

Kępiński A. *Rytm życia*, Kraków 1979.

Kamiński A., *Aktywność jako wzmaganie żywotności osób starszych. Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.

Kociuba J., *Jakość czy sens starości* [w:] A. A. Zych (red.), *Starość darem zadaniem i wyzwaniem*, Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza 2014, s. 37-39.

Prognoza ludności na lata 2014-2050. Studia i Analizy Statystyczna GUS, Warszawa 2014.

Semków J., *Późna dorosłość wobec perspektywy wydłużonego trwania życia w świecie coraz nowych wyzwań,* [w:] M. Malec (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości,* Oficyna Wyd. ATUT, Wrocław 2011, s. 56.

Straś-Romanowska M., Frąckowiak M. T., *Potoczne przekonania na temat starzenia się w świetle badań psychologicznych.* [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, Łódź 2008, s. 291.

Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Wyd. Zysk i S-ka,Poznań 2001.

Twardowska-Rajewska, *Piękny umysł czy kidult,* [w:] M. Halicka, J. Halicki (red), *Zostawić ślad na Ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Prof. Wojciechowi Pędichowi,* Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 145.

Vigarello G., *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, Oficyna Wydawnicza Wolumen, Warszawa 1997, s. 277.

Worach- Kardas H., Kostrzewski Sz., *Quality of Life and Health State of-Long Term Unemployed in Older Production Age*, "Applied Resarch Quality of Life" 2013, nr 4.

Worach-Kardas H., *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", Katowice 2015.

Woźniak Z., *Dziesięć zasad dobrego starzenia się* [w:] M .Halicka, J .Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi księga pamiątkowa dedykowana prof. W. Pędichowi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.

Ziemiński I., *Starość jako forma życia (filozoficzny sens starości),* [w:] B. Bugajska (red.), Życie w starosci, Wyd. Zapol, Szczecin 2007, s. 13-33.

Iwona Benek

Poprawa jakości życia osób starszych w środowisku ich zamieszkania na przykładzie Domów Seniora

Wstęp

Postępujące procesy demograficzne (depopulacja i starzenie się) spowodowały wzrost zapotrzebowania na pomoc dla osób starszych, zarówno środowiskową, jak i instytucjonalną. Jednocześnie dominujące trendy w zakresie opieki nad osobami starszymi koncentrują się na udzielaniu pomocy seniorowi w miejscu jego zamieszkania. Jednak porównując odsetek osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (DPS) w Polsce z odpowiadającymi udziałem w krajach Europy Zachodniej i Północnej widać, że w Polsce należy oczekiwać dalszego rozwoju pomocy instytucjonalnej[1].

W związku z tym należy przeanalizować koncepcje programowe i przystosowanie infrastruktury społecznej, jak i całego środowiska zbudowanego na potrzeby osób starszych.

Z punktu widzenia projektanta pojawia się pytanie, na ile struktura architektoniczna i urbanistyczna istniejących domów pomocy społecznej odpowiada potrzebom seniorów. Przyjęto zadanie przybliżenia zagadnienia dostosowania domów seniora na potrzeby osób starszych oraz przedstawienia pola dalszych badań w tym zakresie. Celem jest ukazanie głównych problemów związanych z tą problematyką i z wymaganiami stawianymi środowisku zbudowanemu przez potrzeby ludzkie odkryte przez rozwijającą się psychologię środowiskową.

Metodologia

W ramach badań form zamieszkania, jakimi są domy seniora, przeprowadzono analizy wspierające proces projektowy. Przeprowadzono następujące badania:

1 Z. Szweda-Lewandowska, *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica” 231, Łódź 2009, s. 243-254.

– badania *ex post* naukowe – przez które rozumiemy zebranie literatury przedmiotu, teorii dotyczących omawianej problematyki,
– badania eksperckie: polegające na rozpoznaniu przepisów dotyczących omawianych problemów, analizy wad istniejącego rozwiązania z punktu widzenia przepisów, normatywów i zasad projektowania (np. Universal Design, Design out Crime, wayfinding, poczucie bezpieczeństwa, i inne),
– badania stosowane i wdrożeniowe; zaprojektowanie i przeprowadzenie badań interdyscyplinarnych (przez analizę pokrewnych dziedzin) i transdyscyplinarnych; wynikiem tych badań może być stworzenie bazy danych, bądź też narzędzi sprawdzania projektów, np. programu funkcjonalno-przestrzennego adekwatnego do potrzeb.

Współczesne formy zamieszkania osób starszych

Obecnie funkcjonujące formy opieki nad osobami starszymi dzielą się na dwa podstawowe typy: instytucjonalne i nieinstytucjonalne z usługami domowymi.

Opieka instytucjonalna dotyczy domów opieki zapewniających usługi bytowe, pielęgniarskie oraz opiekuńcze. Do nieinstytucjonalnych form opieki należą własne mieszkania, domy lub osiedla emeryckie z możliwością korzystania z usług medycznych i opiekuńczych.

Obie formy opieki posiadają zalety i wady; dla jednego mieszkańca życie w środowisku domowym jest korzystne ze względu na kontakt z różnymi grupami wiekowymi i inteligenckimi, a dla innego – może okazać się to męczące lub nawet niemożliwe. Natomiast przebywanie wśród osób w podobnym wieku związane jest z większą aktywnością, ponieważ środowisko to posiada cechy wspólne oraz podobne problemy[2].

W naszym kraju funkcjonują zarówno publiczne, jak i niepubliczne formy opieki nad ludźmi starymi, które stanowią kontynuację formy, jaka wykształciła się jeszcze w czasach PRL na fali silnego zainteresowania problematyką starości w latach 60. w Europie. Powstałe koncepcje architektoniczne, z uwagi na ciągle niski poziom materialny ludzi starych, były i są z reguły niedostosowane do fizycznych i psychicznych potrzeb człowieka starszego. Ponadto nie uwzględniają statusu materialnego i różnorodnych, indywidualnych zapotrzebowań przestrzennych, wynikających z poziomu aspiracji kulturowych i stanu zdrowia poszczególnych użytkowników.

Społeczeństwa zachodnie, zasobniejsze finansowo od naszego, dopracowały się już licznych wzorców i modeli zarówno przestrzennych, jak

2 P. A. Bell, Th. C. Greene, J. D. Fisher, A. Baum, *Psychologia środowiska*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 522-529.

i organizacyjnych, które jednak nie mogą być przenoszone w sposób automatyczny do naszego kręgu kulturowego. Potrzebujemy nowych wzorców dostosowanych do naszej kultury i oczekiwań oraz możliwości finansowych naszego społeczeństwa.

Stosowane formy zamieszkania seniorów zakładają przede wszystkim utrzymanie samodzielności zamieszkania ludzi starszych we własnym mieszkaniu, a także zakładanie wspólnot mieszkaniowych dla seniorów, rodzinnych domów pomocy społecznej. Bardziej zinstytucjonowane formy zamieszkania to małe, środowiskowe ośrodki opiekuńcze, domy dla ludzi starszych wymagających wsparcia, pomocy, domy dla ludzi starszych wymagających specjalistycznej opieki[3].

Środowisko zamieszkania dla osób starszych powinno być całkowicie dostosowane do potrzeb ludzi starszych i niepełnosprawnych, pozbawione barier architektonicznych, odpowiednio wyposażone we właściwe urządzenia i instalacje. Powinny być zapewnione: bliskość urządzeń infrastruktury społecznej i placówek usługowo-handlowych, a przede wszystkim koszty utrzymania powinny być przystępne dla każdego zainteresowanego[4].

Domy pomocy społecznej – szczególny rodzaj opieki nad osobami starszymi

Standardy dotyczące domów pomocy społecznej zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej[5] oraz w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[6].

Dom, niezależnie od typu (rozróżniamy typy domów dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie), świadczy usługi w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając m.in miejsce zamieszkania, wyżywienie.

Fizyczne środowisko mieszkaniowe domów opieki dla ludzi starych złożone jest z szeregu ściśle powiązanych ze sobą przestrzeni „zbudowanych" ze stref. Możemy wyróżnić trzy główne przestrzenie: ogólnodostępną, prywatną i półprywatną oraz wspierającą[7].

Do przestrzeni ogólnodostępnej zaliczamy:

3 M. Bielak, *Optymalne środowisko życia i zamieszkania w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2011.

4 P. A. Bell, Th. C. Greene, J. D. Fisher, A. Baum, *Psychologia…*, s. 522-529.

5 Dz. U. z 2012 r. poz. 964.

6 Dz. U. z 2013 r. poz. 182.

7 M. Bielak, *Optymalne środowisko….*

– Hall główny, wejściowy – strefa przyjmowania osób z zewnątrz, udzielania informacji (kontrola dostępu). Powinna się tu znajdować część informacyjna: stanowisko, tablica z ogłoszeniami, miejsce siedzące, szatnia oraz toalety. Strefa powinna mieć powiązanie z częścią administracyjną oraz z salą spotkań, odwiedzin;

– Sala spotkań, odwiedzin – strefa kontaktu osób przybyłych z zewnątrz z mieszkańcami placówki. Znajdują się tu miejsca umożliwiające bezpośredni kontakt mieszkańca z odwiedzającym, bądź grupą gości. Atmosfera panująca w tej przestrzeni powinna sprzyjać prywatności i intymności. Wymagana jest bliskość strefy wejściowej, ogólnej dla mieszkańców oraz strefy mieszkalnej;

– Strefa ogólna, ogólnodostępna dla mieszkańców – przestrzeń, w której przebywają mieszkańcy domu w ciągu dnia. Powinna ona być złożona z funkcji, które uatrakcyjniają pobyt osób starszych w tej placówce. Możemy ją nazwać strefą rekreacyjną, którą należy kształtować w taki sposób, aby była społeczna, sprzyjała nawiązywaniu kontaktów, aby integrowała mieszkańców; jednak niektóre przestrzenie powinny być przestrzeniami tzw. odspołecznymi – winny zapewniać prywatność[8]. Powinna znajdować się tutaj sala spotkań – świetlica, pokój pobytu dziennego (z wydzielonymi miejscami, z których nowo przybyły mieszkaniec może obserwować środowisko – daje to możliwość przyzwyczajenia się, zaaklimatyzowania), sala telewizyjna, biblioteka z czytelnią, sala „hobby", kaplica, sala gimnastyczna, rehabilitacyjna, jadalnia, palarnia, toalety. Strefa ta powinna znajdować się w sąsiedztwie strefy mieszkalnej oraz strefy medycznej, personelu, strefy kuchennej. Musi w niej istnieć kontakt z naturą, np. wyjście do ogrodu.

Kolejną strefą domu seniora jest przestrzeń prywatna i półprywatna – czyli strefa mieszkalna. Znajdują się w niej pokoje mieszkańców wraz z zapleczem sanitarnym, pokoje personelu oraz część dla osób z upośledzeniem poznawczym:

– Pokoje powinny mieć odpowiednią wielkość i „gęstość" zamieszkania.

W Polsce zgodnie z rozporządzeniem Ministra[9], obowiązuje standard powierzchniowy mówiący, że pokój 1 osobowy powinien mieć powierzchnię nie mniejszą niż 9 m^2 na osobę, natomiast wieloosobowy 6 m^2 na osobę. W przypadku osób poruszających się samodzielnie w pokoju mogą zamieszkiwać maksymalnie 3 osoby, a gdy mieszkańcy są leżący – 4 osoby. W standardzie wyposażenia przewidziane są podstawowe meble: łóżko lub tapczan, szafa, stół z krzesłami oraz szafka nocna. W istniejących

8 P. A. Bell, Th. C. Greene, J. D. Fisher, A. Baum, *Psychologia…*, s. 526.

9 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 15 września 2000r. w sprawie domów opieki społecznej.

domach standardy sanitarne pozwalają na korzystanie z 1 łazienki przez nie więcej niż 5 osób, a w przypadku toalet – przez nie więcej niż 4 osoby. W nowo projektowanych obiektach na każdy pokój powinna przypadać łazienka z możliwością korzystania z wanny lub prysznica oraz jedna toaleta. Wszystkie te pomieszczenia muszą być przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Przykładowo, łazienki z uchwytami, dostępne dla wózków inwalidzkich, wyposażone w system alarmowo-przywoławczy zwiększają u mieszkańców poczucie bezpieczeństwa i zmniejszają zależność oraz poczucie bezradności.

Wszystkie wytyczne dotyczące liczby osób i przypisanej im powierzchni są niewystarczające. Same pokoje powinny być większe, przestronniejsze z możliwością korzystania z balkonów, tarasów. W pokojach nie powinny zamieszkiwać więcej niż dwie osoby. Dla osób sprawnych fizycznie wskazane jest posiadanie kuchni, gdyż przez to są mniej uzależnione od personelu; eliminowana jest wtedy bezradność. Czynniki te prowadzą do lepszej, szybszej adaptacji mieszkańców do nowego środowiska, jakim jest dom seniora. Pozwalają one także na zachowanie minimum autonomii oraz poczucia prywatności. Człowiek, który dotychczas funkcjonował w normalnych warunkach, miał duży komfort przestrzenny nie może być ograniczany do 6 m^2 – 9 m^2, do przebywania w obcym mu środowisku, które sprzyja poczuciu utraty kontroli oraz zwiększa poczucie bezradności, uzależnienia. Wymagana jest bliskość strefy ogólnej dla mieszkańców oraz strefy medycznej;

– Strefa dla osób z upośledzeniem poznawczym (demencja, alzheimer)[10] – wydzielona przestrzeń, oddział w obrębie domu pomocy społecznej, posiadająca indywidualne rozwiązania funkcjonalno-behawioralne, ze względu na swoiste potrzeby tej grupy. Oddziały te są jednostkami zamkniętymi, jednakże nie chodzi tu o ograniczenie wolności mieszkańców, tylko ograniczenie możliwości wyjścia poza oddział. Mieszkańcy mogą poruszać się po terenie budynku, mają swobodny dostęp do strefy rekreacyjnej. Strefy te powinny być całkowicie pozbawione barier architektonicznych oraz wyposażone w system alarmowo-przywoławczy. We wnętrzach powinny znajdować się dodatkowe wskazówki orientacyjne w postaci obrazków, napisów, a brak nadmiernej dekoracji zmniejsza możliwość dezorientacji. Istotną cechą dla tego typu stref jest dodatkowy, specjalistyczny personel, przeszkolony w zakresie technik kontroli zachowań oraz stosowanie specjalistycznego programu pobudzania do aktywności.

Przestrzeń wspierająca / wspomagająca – powinna być powiązana ze strefą ogólnodostępną oraz ze strefą mieszkalną:

– Strefa pracownicza – złożona jest z części administracyjno-biurowej, z części obsługi technicznej (kuchnia, pralnia, ochrona, czystość).

10 P. A. Bell, Th. C. Greene, J. D. Fisher, A. Baum, *Psychologia…*, s. 529.

Głównym zadaniem personelu jest zapewnienie bezpieczeństwa i sprawowanie fachowej opieki nad mieszkańcami, która nie powinna prowadzić u nich do wywołania poczucia zależności. Przestrzenie przeznaczone dla pracowników winny być kształtowane tak, aby nie wpływały na wzrost poczucia braku prywatności u mieszkańców;

– Strefa medyczna – znajdują się tu gabinety lekarskie, zabiegowo – pielęgniarskie, pokój dla wolontariuszy, część rehabilitacyjno-zabiegowa oraz socjalna.

Dom pomocy społecznej jest jednostką, w której uwaga skupia się na mieszkańcu. Staje się dla osoby starszej miejscem życia, ale także miejscem, w którym istnieje możliwość, a nawet konieczność, odtworzenia, czy nawet budowania na nowo interpersonalnych kontaktów społecznych dla zlikwidowania lub obniżenia odczuwanego poziomu izolacji i opuszczenia przez innych. Odtworzenie, czy budowanie interpersonalnych kontaktów powinno uwzględniać, m.in. różne rodzaje wspólnot oparte na rozmaitych formach i rodzajach wspólnego działania[11] : wspólnoty zamieszkania (mieszkańcy wspólnego pokoju), sąsiedztwa (w domu pomocy społecznej mogą ją tworzyć mieszkańcy z innych pokoi, z jednego piętra). Kolejną wspólnotą może być wspólnota modlitwy, wzmacniająca poczucie przynależności, oparta na uświadomieniu sobie wyznawania tej samej wiary, a także systemu wartości oraz zobowiązania do przestrzegania przyjętych norm postępowania i zasad etycznych. Wspólnota pracy to wspólne wykonywanie czynności, pomagania sobie i świadomość, że służą one także innym mieszkańcom. Wspólnota zabawy to przeżywanie wspólnych radości i wzruszeń z okazji spotkań towarzyskich, wspólnych obchodów, wycieczek, zawodów sportowych, tańców, a także spotkań o charakterze osobistym (imieniny, prywatne rocznice). Stwarza to możliwość okazywania sobie nawzajem uwagi, czy choćby „odświętnej", szczególnej życzliwości. Wspólnota zainteresowań to wspólne zajęcia plastyczne, śpiewanie w chórze, głośne czytanie książek osobom słabo widzącym lub słabo czytającym, wspólne rozmowy o interesujących wydarzeniach historycznych i związanych z tym osobistych przeżyciach, udział w spotkaniach z ludźmi interesującymi mieszkańców. W końcu – wspólnota twórczości, którą należy traktować jako odmienną wspólnotę zainteresowań. Wymaga jeszcze większego, indywidualnego zaangażowania w twórczy aspekt podjętych działań. Na przykład organizowanie wystaw twórczości plastycznej, wieczorów poezji lub innych utworów literackich, czy muzycznych pisanych, np. przez mieszkańców domu, a także wydawanie biuletynu, czy gazety poświęconej sprawom domu i jego mieszkańców.

---

11 Z. Kawczyńska-Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej,* Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1998, s. 128.

Każda z tych form działania w domach pomocy społecznej wymaga odpowiednio zaprojektowanych pomieszczeń tak, by tworzyć pomiędzy mieszkańcami więzi społeczne. W ten sposób powstaje z jednej strony sieć wzajemnych powiązań pomiędzy mieszkańcami (łącznie z pracownikami), z drugiej zaś tworzy się system oparcia i aktywizacji społecznej mieszkańców. Wspólne działania zwiększają mobilizację i aktywność – działają terapeutycznie. Chronią przed niekorzystnym wpływem izolacji społecznej i wyobcowania społecznego oraz przed ich konsekwencjami.

Osoba starsza jako użytkownik domu pomocy społecznej

Przyjęte założenia i zalecenia związane z aktywizacją mieszkańców domu pomocy społecznej, a także podkreślanie terapeutycznej roli tego typu placówki wspierającej powstawanie więzi społecznych, wymagają stworzenia zaleceń i wytycznych projektowych związanych z preferencjami głównych użytkowników domów pomocy społecznej, czyli z osobami starszymi, które często są osobami niepełnosprawnymi, którym towarzyszy szereg dysfunkcji: wzroku, słuchu, ruchu, ale i zaburzeń zachowania. Osoby starsze są również szczególną grupą użytkowników – z powodu zwiększonych indywidualnych potrzeb wynikających z ich stanu fizycznej sprawności, psychicznego podejścia do starzenia oraz często obniżonej pozycji społecznej.

Wśród wielu problemów zdrowotnych osób starszych na szczególną uwagę zasługują dolegliwości powszechne w tej grupie wiekowej, takie jak zaburzenia funkcji poznawczych. Termin „funkcje poznawcze" obejmuje wiele procesów intelektualnych takich jak pamięć długoterminowa oraz krótkoterminowa, procesy językowe, funkcje wzrokowo-przestrzenne, funkcje konstrukcyjne i wykonawcze, procesy spostrzegawcze oraz tzw. „myślenie abstrakcyjne"[12].

Proces poznawczy zapewnia sprawne funkcjonowanie w otaczającym środowisku, spostrzeganie docierających bodźców, analizowanie sytuacji, formułowanie wniosków, w końcu podejmowanie właściwych decyzji oraz działanie. Konsekwencje zdrowotne i społeczne dla różnych rodzajów otępień, są oczywiste i stanowią ogromne obciążenie dla chorego, jak i jego opiekunów. Utrzymywanie się umiarkowanych zaburzeń poznawczych przez kilka lat obniża jakość życia i wpływa na samopoczucie oraz stan zdrowia osób starszych. Trudność z wykonywaniem złożonych czynności, takich jak zakupy, przygotowanie posiłków lub obsługa bardziej skomplikowanych urządzeń (np. sprzęt gospodarstwa domowego) wywołują lęk i poczucie

12 W. Kwiatkowska, J. Szczepańska, M. Woźniewski, G. Greń, *Zaburzenia poznawcze u osób starszych w świetle oceny metablicznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych*, „Acta Angiol", t.11, 2005, nr 1, s. 38-39.

bezradności związane z pogarszającymi się możliwościami samodzielnego funkcjonowania, są przyczyną obniżonego nastroju, a nawet depresji[13].

W związku z tym, problemy zdrowotne i pielęgnacyjne mieszkańców w starszym wieku, często przewlekle chorych, rodzą szereg wymagań, które powodują konieczność specyficznego podejścia do projektowania domów seniora.

Przede wszystkim należy wziąć pod uwagę deficyty w samodzielności dotyczące wykonywania czynności codziennych, takich jak: ubieranie, toaleta, przyjmowanie posiłków, korzystanie z toalety. Do tego dochodzą problemy związane, np. z poczuciem osamotnienia, wyobcowania czy bezużyteczności, trudności w porozumieniu i kontaktach międzyludzkich, lęk o zdrowie i życie własne oraz najbliższych osób, stopniowa utrata poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, poczucie zagubienia, zwłaszcza w nowych przestrzeniach oraz występowanie zaburzeń nastroju, skłonności depresyjne.

Mieszkańcy starsi, powinni mieć możliwość realizacji szeregu specyficznych potrzeb, m.in. kontaktu z ludźmi, dzielenia się swoimi umiejętnościami z innymi (to dowartościowuje, realizuje potrzebę rozwoju i samorealizacji). Należy zadbać o zapewnienie poczucia swobody w nowym miejscu, a także o możliwość relaksu i wyciszenia.

Troska o mieszkańca w podeszłym wieku realizowana powinna być w czterech zasadniczych wymiarach funkcjonowania miejsca jego zamieszkania, jakim są domy pomocy społecznej:

– w zakresie kształtowania rozwiązań przestrzennych – architektonicznych i technicznych,
– w zakresie kształtowania klimatu społecznego, behawioralnego – troska o odpowiedni poziom relacji interpersonalnych, stwarzanie płaszczyzny wsparcia ułatwiającej powrót do codzienności w miejscu zamieszkania,
– w zakresie procedur medycznych – utrzymanie możliwie najlepszego poziomu diagnostyki i leczenia,
– w zakresie systemu opieki – odpowiednia organizacja działań medycznych.

Wszystkie wymienione aspekty funkcjonowania domu seniora mają bezpośrednie przełożenie na jego jakość funkcjonalną, behawioralną i techniczną.

13 Tamże, s. 39.

Interdyscyplinarne działania na rzecz powstania środowiska terapeutycznego

Projektowanie architektoniczno-urbanistyczne to proces wielowątkowy, który nie powinien opierać się na intuicji projektanta oraz wiedzy o charakterze technicznym. Podczas procesu projektowania architektonicznego niezbędna jest wiedza o człowieku, jego potrzebach, konieczność współpracy z przyszłym użytkownikiem. W związku z tym można stwierdzić, że dziedziny naukowe takie, jak: architektura, ergonomia, ale także psychologia środowiskowa mają wspólny, praktyczny cel, który wyraża się w optymalizacji i kreowaniu środowiska człowieka poprzez uwzględnienie i integrację wszystkich aspektów dotyczących przestrzeni. Posługują się one innymi środkami podczas realizacji założeń. Psychologia i socjologia dążą do tego celu za pomocą badań i tworzenia teorii, natomiast architektura i ergonomia przez projektowanie i wdrażanie konkretnych rozwiązań.

Podstawowy wymiar projektowania jest związany z fizycznym kształtem projektowanej przestrzeni, która powinna zapewniać człowiekowi odpowiednie warunki do spełniania swoich podstawowych potrzeb (np. fizjologicznych, pożywienia, odpoczynku, pobudzenia, higieny i bezpieczeństwa), natomiast w sensie psychologicznym zaspokajać potrzeby społeczne i osobowe[14].

Architektura może być również silnym czynnikiem kształtującym ludzkie emocje i postawy, może wyzwalać lęk i umożliwiać rozwijanie zachowań agresywnych. Otoczenie architektoniczne winno kształtować pozytywne emocje i dawać pozytywne skojarzenia. Taka przestrzeń może być źródłem relaksu, poczucia jakości życia, dumy, przywiązana do miejsca. Fizyczne aspekty pracy architekta, jak kształt, skala, faktura światło powinny być czynnikami wyzwalającymi pozytywne emocje przy okazji procesów życiowych takich, jak edukacja, czy wychowanie. Architektura jako filozoficzny wymiar środowiska powinna bezpośrednio lub sama przez kształtowanie właściwych postaw kierować socjalizacją, wychowywać, uzdrawiać i rozwijać[15].

Zadaniem architektury jest również podkreślenie prestiżu i rangi społecznej, umożliwienie kontaktów z innymi ludźmi i dawanie możliwości realizacji swoich zainteresowań.

---

14 A. Bańka, *Społeczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, s. 330.

15 H. Sanoff, *Integrowanie projektowania, ewaluacji i partycypacji w środowisku architektonicznym*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 1999.

W 1998 roku opracowano tzw. Nową Kartę Ateńską[16], w której istotnym postulatem było dostosowywanie istniejącej infrastruktury mieszkaniowej dla mieszkańców w wieku senioralnym i stworzenie środowiska społecznego, w którym wszyscy czują się dobrze. Z punktu widzenia projektowania i programowania funkcjonalno-przestrzennego można odnieść się do psychologii środowiskowej, według której środowisko zamieszkania powinno być dostępne i dostosowane do możliwości zarówno fizycznych, jak i psychicznych ludzi starych. Przede wszystkim powinno być bezpieczne. Problematyka dostosowania środowiska zbudowanego do zróżnicowanych potrzeb różnych użytkowników rozwija się bardzo intensywnie przez ostatnią połowę XX wieku i początek wieku XXI, uzyskując silne wsparcie ze strony badań psychologii środowiskowej.

W kształtowaniu wiedzy o potrzebach ludzi w środowisku zbudowanym szczególnie istotne okazały się teorie psychologii środowiskowej określające potrzeby ludzi w środowisku zbudowanym: m.in. piramida potrzeb według Abrahama Maslowa[17], sześć kategorii doświadczania środowiska wg F. Steele[18], czy taksonomia ludzkich potrzeb według M. Max-Neefa, A. Elizade i M. Hopenhayna[19].

Teorie psychologii środowiskowej wpłynęły znacząco na powstanie kilku ważnych koncepcji odnoszących się do projektowania przestrzeni urbanistycznej i architektonicznej, m.in. *wayfinding*, czyli odnajdywanie drogi[20], czy teorii znaku R. Venturiego[21].

Teorie architektoniczne wywodzące się z psychologii środowiskowej biorą pod uwagę znaczący wpływ ukształtowania przestrzeni na jakość życia użytkujących ją ludzi w każdym typie środowiska zbudowanego. Do najbardziej nośnych i istotnych z punktu widzenia ludzi starych idei stosowanych w projektowaniu architektonicznym należą Universal Design i Built for All jako efekt zaakceptowania zindywidualizowanych potrzeb ludzkich w środowisku zbudownym związanym z wiekiem, stanem zdrowia i kręgiem kulturowym – zasady te ujmują zagadnienia objęte większością wyżej wymienionych teorii psychologii środowiskowej, a także wymagania ergonomii. Odnoszą się do tworzenia środowiska zbudowanego odpowiadającego złożonym i zróżnicowanym potrzebom ludzkim.

16 Nowa Karta Ateńska 2003. Wizja Miast XXI wieku – La Nouvelle Charte d'Athennes 2003, The New Charter of Athens, Alinea, Firenze 2003, Redakcja polska: Towarzystwo Urbanistów Polskich.

17 A. Maslow, *Motywacja i osobowość*, PWN, Warszawa 2013.

18 F. Steele, *Physical Setting and organizational Development,* Addison-Wesley, London 1973.

19 M. Max-Neef, A. Elizade, M. Hopenhazn, *Human Scale Development. Conception, Application and Futher Reflections*, The Apex Press, London, New York 1991, s. 32-33.

20 R. Passini, *Wayfinding in Architecture*, Van Nostrand reihold, New York 1984.

21 R. Venturi, *Complexity and Contradiction in Architecture*, MoMA, New York 1984.

Środowisko terapeutyczne w aspekcie psychologii, opisane przez A. Bańkę[22] posiada pewne cechy i wymagania.

Pierwszą cechą jest zamieszkiwalność (*habitability*), która oznacza zespół elementów wpływających na komfort, wykonywanie zadań, dobrostan jednostki oraz morale grup funkcjonujących w danym środowisku. Zadaniem architektury jest spełnienie szeregu wymogów ergonomicznych, takich jak dostępność, transparentność, intymność, uspołecznienie różnych elementów przestrzeni. Poza tym na zamieszkiwalność wpływają warunki fizyczne – przestrzeń, klimat, światło, wilgotność, ale również warunki społeczne – izolacja od rodziny, przyjaciół, brak prywatności, zaburzenie poczucia terytorialności. Zamieszkiwalność jest również zdeterminowana zakresem czasowym przebywania w danym środowisku oraz bezpieczeństwem środowiskowym rozumianym dwojako, w aspekcie psychologicznym (znajdowanie drogi, znajomość zajmowanej przestrzeni i orientacja w niej w przypadku zagrożenia, czyli np. mapy poznawcze) i architektonicznym (bezpieczeństwo komunikacyjne, przeciwpożarowe, ewakuacyjne i inne).

Środowisko terapeutyczne to środowisko transparentne, a więc zapewniające percepcyjny i przestrzenny dostęp do sygnałów bezpieczeństwa. Poczucie bezpieczeństwa jest zależne od stopnia personalizacji przestrzeni wewnętrznej (Newman), natomiast personalizacja przestrzeni zewnętrznej wywołuje poczucie dumy ze środowiska, w rezultacie pobudza działania akomodacyjne w środowisku zamieszkania , np. domów seniora.

Trzecią cechą środowiska terapeutycznego jest satysfakcja środowiskowa, na którą mają wpływ takie czynniki, jak jakość i zażyłość więzi międzyludzkich, poczucie rozwoju, poczucie własnej wartości. Architektura w tym aspekcie ma wyznaczać częstotliwość i charakter komunikacji między ludźmi, dostarcza atrybutów do identyfikacji z miejscem zamieszkania i bytowania, oraz hierarchizuje ludzi przestrzennie według pełnionych ról oraz posiadanego statusu.

Reasumując, jedną z głównych ról środowiska terapeutycznego jest podniesienie znaczenia, poczucia przynależności, zagnieżdżenia w lokalnym środowisku przez osoby starsze zamieszkujące w domach seniora .

Aspekt architektoniczny środowiska terapeutycznego

W świetle zmian fizycznych i psychicznych towarzyszących starzeniu się zidentyfikowano liczne wytyczne ergonomiczne, które mogą wpływać na niezależność funkcjonowania i bezpieczeństwo starszych ludzi.

---

22 A. Bańka, *Społeczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, s. 324-327.

Podstawowe elementy występujące w budynku domu pomocy społecznej odnoszące się do wymogów projektowych skierowanych do osób starszych to: oświetlenie, kolorystyka, kontrast, ale także sposób zagospodarowania działki, prawidłowo zaprojektowany informacyjny system graficzny, czy zapewnienie intymności i prywatności w pokojach mieszkańców.

Dobre oświetlenie w budynkach pomaga użytkownikom w orientacji, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, np. przez możliwość rozpoznawania systemów informacji graficznej, możliwość widzenia rozmówcy – jego twarzy. Słabe oświetlenie zwiększa niepokój, ryzyko upadku oraz powoduje, że otoczenie staje się mniej czytelne. Fizjologiczne zmiany wzroku u osób starszych powodują, że potrzebują one dwa razy więcej światła, niż określają to normalne standardy oświetlenia. Jest to szczególnie ważne dla osób z demencją ze względu na gorszą zdolność ich mózgu do przetwarzania sygnałów wizualnych. Jak wykazano, wyższy poziom oświetlenia wspomaga zachowania racjonalne[23].

Kolejnymi elementami wpływającymi na prawidłowe widzenie są odbicie i kontrast. Odblaski dezorientują, dlatego zaleca się stosowanie ogólnego, jednorodnego oświetlenia o stałym natężeniu na sufitach i ścianach, bez stosowania oświetlenia punktowego, np. w postaci reflektorów. Kontrola oświetlenia powinna odbywać się za pomocą czujników ruchu, czasowych wyłączników, wyłączników działających przy odpowiedniej ilości światła dziennego, dlatego zaleca się stosowanie systemów oświetleniowych, które minimalizują również koszty zużycia energii elektrycznej.

Optymalne wykorzystanie światła dziennego uzyskuje się przez zastosowanie odpowiedniej kolorystyki, która może rozjaśniać pomieszczenia ciemne, ale i blokować nadmierną ilość światła dziennego, co zapobiega stosowaniu żaluzji czy zasłon – które mogą ograniczać kontakt z otoczeniem.

Podczas projektowania środowiska, w którym przebywać będą osoby starsze należy pamiętać, że inaczej postrzegają one swoje otoczenie. W jego zrozumieniu, w zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa pomaga odpowiednie wykorzystanie koloru i kontrastu. Elementy środowiska istotne dla użytkowników domu seniora, np. ważne węzły komunikacyjne, punkty informacji, poczekalnie, należy projektować wykorzystując większy kontrast i odpowiednie kolory. Dotyczy to nie tylko takich elementów orientujących, jak np. drzwi do toalety, ale również elementów wyposażenia (kolorowy sedes, uchwyty). Podobnie jeśli chodzi o elementy komunikacji pionowej – schody. Zaprojektowanie kontrastującego pasa na podstopnicy lub krawędzi stopnia, wyróżnienie kolorystyczne poręczy, pomaga w ich użytkowaniu osobom z dysfunkcjami wzroku.

23 J. M. Tornington, P. R. Tregenza, *Lighting for people with Dementia,* "Lighting res. Technology", 2007, nr (39), s. 81-97.

Przeciwny efekt uzyskuje się stosując mały kontrast, np. przy oznakowaniu pomieszczeń nieprzeznaczonych dla mieszkańców, a np. dla personelu (pokoje pracowników, pomieszczenia techniczne, magazyny). Mniejszy kontrast należy również stosować przy projektowaniu posadzki – przy zmianie koloru podłogi należy robić to stopniowo, ponieważ mocne zróżnicowanie kolorystyczne posadzek może wywoływać wrażenie nierówności, co z kolei prowadzi do pogorszenia stabilności i jest czynnikiem ryzyka upadków. Jeśli chodzi o posadzki, należy unikać stosowania wzorów i deseni, gdyż mogą, szczególnie osobom z demencją, kojarzyć się z dziurami lub przeszkodami. Nie stosuje się też powierzchni błyszczących. Kontrast jest więc kluczem prawidłowego widzenia, a co za tym idzie, prawidłowej percepcji otoczenia przez mieszkańca starszego – pomaga różnicować powierzchnie, pomaga w pojmowaniu i zrozumieniu otaczającego środowiska – jego funkcji i elementów.

Możliwość kontaktu z otoczeniem budynku poprawia osobom starszym samopoczucie, łagodzi stresy. Zaleca się w związku z tym:

– projektowanie odpowiednich, pod względem wielkości oraz usytuowania w stosunku do stron świata i otoczenia, okien (szczególnie w pokojach mieszkańców);

– projektowanie ogrodów (również ogrodów zimowych, patio) z możliwością pielęgnacji roślin, ewentualnie z możliwością ich obserwacji lub po prostu obserwacji aktywności innych, dziennych zmian światła, słońca, chmur, zieleni. Konieczne jest więc stworzenie odpowiednich warunków – bezpiecznego ogrodu z miejscami do siedzenia i czytelnym dojściem do niego czy też zaprojektowanie bardziej specjalistycznych elementów zagospodarowania otoczenia budynku, takich jak np. ścieżki sensoryczne.

Dezorientacja jest powszechnym doświadczeniem osoby starszej. Wynika z osłabienia pamięci i zdolności uczenia się. Istniejące systemy graficzne są często układami przypadkowymi, nieujednoliconymi, niestosującymi się do podstawowych zasad projektowania znaków graficznych. Problemem istniejących systemów identyfikacji wizualnej w ośrodkach dla osób starszych bywa chaos, nadmiar oznaczeń graficznych, np. tablice informacyjne posiadają różne wielkości i formy tła, podkładu, zawiesza się je na różnych wysokościach, są zróżnicowane kolorystycznie, często formy liter, znaków zlewają się z tłem, są zbyt skomplikowane.

Rozwiązaniem problemu czytelnej informacji graficznej jest wprowadzenie jednolitego, logicznego systemu oznaczeń. Jego elementy to:

– banery informacyjne (zlokalizowane w charakterystycznych miejscach budynku, przy wejściu, węzłach komunikacyjnych, charakterystycznych punktach budynku, takich jak, np. jadalnia, świetlica, kaplica, pokoje mieszkańców),

– schemat funkcjonalny budynku – w recepcji lub w miejscu występowania węzła komunikacyjnego,

– tablice informacyjne, czyli informacja o sposobie poruszania się po budynku, informacja o funkcji danego pomieszczenia,
– plan dnia – rozwieszony , np. przy jadalni,
– zegar, kalendarz – elementy bardzo ważne, szczególnie dla osób z zaburzeniami poznawczymi. Proponowane punkty umieszczenia tych elementów to recepcja, hall główny, świetlica, korytarz, pokoje mieszkańców.

System informacji graficznej powinien być umieszczony w odpowiednich miejscach: przy recepcji (miejsce to jest bardzo ważnym punktem orientacyjnym i informacyjnym), przy węzłach komunikacyjnych (każda strefa funkcjonalna powinna być w odpowiedni sposób oznakowana, np. poprzez zastosowanie różnych kodów kolorystycznych – dla personelu, czy mieszkańców).

M. Powell Lawton[24] opisuje projekt badawczy dotyczący poprawy środowiska domowego osób starszych. Pracownik socjalny, architekt, psycholog i terapeuta odwiedzali domy ludzi w podeszłym wieku. U większości dostrzeżono, m.in. potrzebę stworzenia sobie „centrum kontroli", umożliwiającego jednoczesną obserwację drzwi wejściowych i ulicy za oknem. W bezpośrednim sąsiedztwie znajdowały się telefon, radio oraz telewizor, zapewniające kontakt ze światem zewnętrznym, a na stoliku w zasięgu ręki – lekarstwa, jedzenie, coś do czytania oraz inne potrzebne przedmioty.

Osoby starsze zamieszkujące w domach pomocy społecznej również mają potrzebę zagospodarowania własnego terytorium. Elementy wyposażenia wnętrza dostępne dla mieszkańców w ich bezpośrednim sąsiedztwie można podzielić na stałe elementy wyposażenia, takie jak: okno, dzwonek przywoławczy, wtyczka do kontaktu, lampka stojąca, szafka przyłóżkowa. Są to również przedmioty osobiste, które osoby starsze chcą mieć przy sobie (np. okulary, kubek, kosmetyczka), ale też przedmioty poprawiające samopoczucie, czyli np. zdjęcie bliskiej osoby. Stałe elementy wyposażenia powinny być odpowiednio zaprojektowane, np. odpowiedni widok przez okno, odpowiednie umeblowanie ułatwiające obserwację drzwi, ale również wygodny dostęp do mieszkańca przez personel. Miejsce dla prywatnych przedmiotów przeznaczonych dla mieszkańca to szafka przyłóżkowa, niekiedy parapet okienny, półki, fragment ściany.

Istotne dla tworzenia środowiska terapeutycznego są również prawidłowo dobrane i zaprojektowane elementy wykończenia, czy wyposażenia wnętrz, czyli posadzki i ściany, drzwi i okna, uchwyty i poręcze. Ze stref funkcjonalnych na szczególną uwagę zasługują halle wejściowe, korytarze, pochylnie, schody – czyli elementy komunikacji poziomej i pionowej. Na komfort użytkowania wpływa również przeanalizowanie zagadnień związanych z mikro-

24 M. P. Lawton, *An Environmental Psychologist Ages, Environment and Behavior Studies,* Emergence of Intellectual Traditions 1999, s. 357-358.

klimatem wnętrz budynku (komfort cieplny, czyli odpowiednia temperatura i wilgotność powietrza, zagadnienia związane z akustyką, prawidłowo zaprojektowanymi instalacjami, oświetlenie światłem dziennym).

Podsumowanie

Osoby starsze są szczególną grupą użytkowników, ponieważ często są osobami niepełnosprawnymi, którym towarzyszy szereg dysfunkcji: wzroku, słuchu, ruchu, ale i zaburzeń zachowania. Wykazują również wiele indywidualnych potrzeb wynikających z ich stanu fizycznej sprawności, psychicznego podejścia do starzenia oraz często obniżonej pozycji społecznej.

W związku z tym przyjęto, że prawidłowy projekt domu seniora powinien aktywizować mieszkańców, a także podkreślać terapeutyczną rolę tego typu placówki i pozwolić również na personalizowanie swoich przestrzeni. Dlatego podjęto próbę stworzenia zaleceń i wytycznych projektowych, dzięki którym mieszkańcy domów seniora poczuliby się bezpieczni, a ich otoczenie byłoby transparentne i dostępne.

Improving the quality of life of senior citizens in their living environment based on the example of homes for the elderly

The subject of the article is the study of the importance and complexity of shaping the living environment for senior citizens based on the example of homes for the elderly. The aim is to show that programming and designing such places must take into consideration the therapeutic function of living space. Functional solutions are important to consider but so are the adaptive capabilities and needs of the elderly, who are at the stage of their life when living environment stability and personal safety are crucial. It is also necessary for the designers to be aware that they need to consider the spatial competence of the target users, the importance of human capital senior citizens represent in our society and the standardization of cultural norms contained in the living practice of the elderly. The above constitute the factors which make it possible to organize the use of living space properly. Moreover, the subject of designing, especially designing functional living space in buildings with the elderly in mind, is closely connected with environmental psychology and the concept of adapting the living space to the needs of the elderly.

Bibliografia

Bańka A., *Społeczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.

Bell P. A., Greene Th. C., Fisher J. D., Baum A., *Psychologia środowiska*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

Bielak M., *Optymalne środowisko życia i zamieszkania w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2011.

Kawczyńska-Butrym Z., *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1998.

Lawton M. P., *An Environmental Psychologist Ages, Environment and Behavior Studies: Emergence of Intellectual Traditions,* 1999.

Maslow A., *Motywacja i osobowość*, PWN, Warszawa 2013.

Max-Neef M., Elizade A., Hopenhazn M., *Human Scale Development. Conception, Application and Futher Reflections*, The Apex Press, London, New York 1991.

Niezabitowska E. E., Masły D., *Oceny jakości środowiska zbudowanego i ich znaczenie dla rozwoju koncepcji budynku zrównoważonego,* Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007.

Nowa Karta Ateńska 2003. Wizja Miast XXI wieku – La Nouvelle Charte d'Athennes 2003, The New Charter of Athens, Alinea, Firenze 2003, Redakcja polska: Towarzystwo Urbanistów Polskich.

Passini R., *Wayfinding in Architecture*, Van Nostrand reihold, New York 1984.

Sanoff H., *Integrowanie projektowania, ewaluacji i partycypacji w środowisku architektonicznym*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 1999.

Steele F., *Physical Setting and organizational Development*, Addison-Wesley, London 1973.

Szweda-Lewandowska Z., *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku,* Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica 231, Łódź 2009.

Venturi R., *Complexity and Contradiction in Architecture*, MoMA, New York 1984.

Kwiatkowska W., Szczepańska J., Woźniewski M., Greń G., *Zaburzenia poznawcze u osób starszych w świetle oceny metablicznych czynników ryzyka chorób sercowo -naczyniowych*, „Acta Angiol", 2005, t.11, nr 1, s. 38-39.

J.M. Tornington, P. R. Tregenza, *Lighting for people with Dementia,* "Lighting res. Technology", 2007 nr (39) s. 81-97.

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. (Dz.U. z 2012 r. nr 75 poz. 690 z późn.).

Rozporządzenie Ministra Pracy i polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964).

Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 182).

Urszula Bartnikowska
Beata Antoszewska

„Zmęczeni opiekunowie czy wdzięczne dzieci"– opieka nad starym rodzicem w wypowiedziach internautów

„Jak się czujesz? Zjedz lekarstwa, już pora. Chodź, zmierzę ci ciśnienie. Chodź, uczeszę cię. Trzeba umyć głowę. Chodź, będziemy miały to za sobą. Nie martw się, przecież mam samochód. (…) Jutro przyjadę po pracy, tak? Zadzwonię wieczorem, przypomnę ci o lekach. Pa, pa. Nie wychodź nigdzie, wszystko masz w domu. Tak, dla kota jest ogromny zapas jedzenia. Tak. Tak. Ja też cię kocham. Ja też cię kocham. Ale z trudem przychodzi mi to przez gardło. Tak, nie odpuszczę ci aż do śmierci. Opiekapogrób.com.pl.

Ty tylko żyj, ja zajmę się resztą. Zadbam"[1]

Wprowadzenie

Starość społeczna jest zjawiskiem relatywnie nowym zarówno dla Europy, jak i świata. Analizując dane Biura Demograficznego ONZ obserwuje się stały wzrost liczby osób starych na świecie. Prognozy dotyczące najbliższych dziesięcioleci wskazują przyrost tej grupy ludzi do poziomu co piątego człowieka. W roku 2050 będą oni stanowili prawdopodobnie ponad 30% ogółu ludności świata[2].

Spoglądając na formy opieki nad osobami starymi w różnych krajach na świecie dostrzega się ich zróżnicowanie warunkowane kulturą i trady-

1 W. Żółcińska, *Najdroższa,* Prószyński i S-ka, Warszawa 2015, s. 17.
2 N. Pikuła, *Gerontologia dla pracowników socjalnych. Etos starości w aspekcie społecznym,* Wydawnictwo Wyższej Szkoły Filozoficzno-Pedagogicznej Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.

cją poszczególnych narodów. W krajach Europy Północnej obserwujemy tendencje instytucjonalizacji opieki nad osobami starymi. Natomiast inaczej dzieje się we Włoszech czy Hiszpanii, gdzie ludzie starsi częściej pozostają w środowisku rodzinnym[3].

W naszym kraju opieka nad osobami starymi sprawowana jest głównie w rodzinie, która postrzegana jest jako najbardziej korzystne środowisko życia każdego człowieka. To w niej każdy może najpełniej realizować swoje potrzeby (akceptacji, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, uznania, pomocy i oparcia) i rozwijać się. Opieka sprawowana w rodzinie wobec jej członków będących w różnych fazach życia jest najkorzystniejsza i optymalna. Żadna placówka nie jest w stanie zastąpić w pełni jej jakości i charakteru. Często w opinii społecznej przyrównuje się opiekę nad starszym rodzicem do opieki nad dzieckiem i ukazuje się powinność dziecka wobec rodzica. Warto zwrócić jednak uwagę, że opieka nad dzieckiem, mimo że wymaga poświęcenia, oddania i wysiłku jest zupełnie odmienna od opieki sprawowanej wobec schorowanego, starego członka rodziny, np. rodzica. Ma odmienny zakres i wymaga innego rodzaju zaangażowania. Jest zadaniem niezwykle trudnym, zwłaszcza jeśli sprawowana jest całodobowo. Wyczerpuje fizyczne i emocjonalne zasoby nawet najbardziej kochającego i gotowego na wyrzeczenia opiekuna. Zofia Szarota[4] zauważa, że opiekunowie seniorów rekrutują się z kręgu najbliższych i są to przede wszystkim dzieci, współmałżonkowie oraz pozostali członkowie rodziny (synowe, zięciowie, dorosłe wnuki). Inni zauważają, że opiekunami w zdecydowanej większości są dorosłe kobiety[5].

Media od czasu do czasu informują opinię publiczną zarówno o sytuacjach, w których opieka nad osobą starą, schorowaną jest sprawowana przez rodzinę ukazując jej zmagania, problemy i poświęcenie. Nie brakuje jednak i tych doniesień, w których rodzina przedstawiana jest jako niewdzięczna, obojętna i bierna wobec problemów starego jej członka. Będąc odbiorcą takich treści, należy zawsze postrzegać je w wielorakim i złożonym układzie czynników.

Podjęcie opieki nad starym, schorowanym rodzicem jest warunkowane różnymi czynnikami, wśród których kluczowe miejsce zajmuje struktura rodziny, obecność osób mogących podjąć się wypełniania roli opiekuna, stan zdrowia i sprawność członków rodziny, czas, jaki mogą poświęcić na

---

3 Tamże.

4 Z. Szarota, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010, s. 235.

5 Np. Z. Kawczyńska-Butrym, *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008; M. Racław, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych,* t. 3, Warszawa 2012.

opiekę, sytuacja bytowa rodziny, jej warunki materialne, sytuacja mieszkaniowa czy też więzi panujące w rodzinie, motywacja do opieki, stopień akceptacji roli opiekuna oraz wiedza i umiejętności potrzebne do wypełniania zadań związanych z opieką[6].

Zofia Kawczyńska-Butrym[7] wskazuje, iż brak pomocy z zewnątrz w sprawowaniu opieki skazuje członków rodziny na wyrzeczenia i rezygnację z planów życiowych i marzeń. Ponadto, wieloletnia mobilizacja i stres obciąża rodzinę fizycznie i psychicznie bez względu na emocjonalną postawę wobec przyjętych i realizowanych zadań opiekuńczych. A w końcu wymusza trudną decyzję o rezygnacji z większego zaangażowania się w opiekę i szukanie innych rozwiązań. Każde rozwiązanie pociąga ze sobą ryzyko pojawienia się zaburzeń zdrowia fizycznego i psychicznego, zaniedbań w opiece zarówno nad osobą wymagającą opieki lub innymi osobami z rodziny, prowadzi do pojawienia się jej dysfunkcjonalności, a nawet jej rozpadu[8].

Aktualnie w Polsce zainteresowanie i rozwój opieki nad osobami starymi, mimo rosnącego zainteresowania, nie należy do wystarczająco dynamicznie rozwijających się. Można powiedzieć, że nadal nie zdajemy sobie sprawy z powagi zagadnienia, choć statystyki alarmują o wydłużającym się okresie życia człowieka. Polski system zabezpieczenia społecznego, jak wskazuje Mariola Racław[9], ignoruje potrzeby opiekunów nieformalnych, nie ma rozwiązań umożliwiających sprawowanie opieki bez kolizji z wykonywaniem obowiązków zawodowych. Istniejący system emerytalny wymusza dłuższą aktywność zawodową ubezpieczonych. Potencjalni opiekunowi przechodząc na wcześniejszą emeryturę czy decydując się na okresowe przerwanie pracy otrzymują niższe i niczym nierekompensowane świadczenie. Ponadto zniesienie w 2009 roku możliwości skorzystania z wcześniejszej emerytury ogranicza możliwość sprawowania opieki. Interwencja uruchamiana jest w sytuacji zaniedbywania seniora przez rodzinę.

W Polsce sektor opieki zdrowotnej zapewnia opiekę instytucjonalną oraz domową. Z kolei sektor pomocy społecznej, poza opieką instytucjonalną, oferuje także opiekę półstacjonarną i domową.

Opieka instytucjonalna w systemie pomocy społecznej realizowana jest w domach pomocy społecznej, które są publicznymi lub niepublicznymi placówkami pobytu stałego, zapewniającymi całodobową, terminową opiekę. Pobyt w placówce jest odpłatny, ale w szczególnych przypadkach pensjonariusze mogą być zwolnieni z części lub z całości opłaty[10].

---

6 Z. Kawczyńska-Butrym, *Wyzwania…*, s. 139.

7 Tamże, s. 138.

8 Tamże, s. 138.

9 M. Racław, *Opiekunowie…*, s. 76.

10 Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa,* Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.

Opiekę półstacjonarną realizują dzienne domy pomocy społecznej z dochodzącymi osobami starszymi. Oferują one pomoc osobom starszym, które są w pełni sprawne lub mają zmniejszoną sprawność psychofizyczną. Dzienne domy pomocy społecznej wypełniają wiele zadań, z których można wymienić te związane z opieką i tworzeniem warunków do wielogodzinnego przebywania w nich osobom z ograniczoną sprawnością psychofizyczną, jak również osobom w wieku emerytalnym. Korzystanie z usług placówki jest odpłatne[11].

Mieszkania chronione są formą środowiskowej pomocy oferującą odpowiednie wsparcie w środowisku. Umożliwiają one samodzielne życie osobie, która potrzebuje częściowej lub całkowitej pomocy w zakresie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Kolejną formą są rodzinne oraz środowiskowe domy pomocy społecznej dla osób starych ze społeczności lokalnej. Świadczą one usługi opiekuńcze i bytowe zgodne ze standardami[12].

Zatrudnienie osoby do opieki i zlecenie jej odpłatnie wykonywania konkretnych zadań może być kolejna formą pomocy rodzinie. Rodzina może skorzystać z prywatnych agencji świadczących usługi opiekuńcze[13]. Pewnym ograniczeniem jest tu zasób finansowy, którym dysponuje (lub nie) rodzina.

Opieka nad osobami starymi może być sprawowana instytucjonalnie także w systemie opieki zdrowotnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych w oddziałach szpitalnych, w hospicjach i poradniach. Opiekę domową w omawianym systemie sprawują pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu: pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, domowe oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej[14].

Pole badawcze

Celem badań było dotarcie do sposobów postrzegania rodzinnej opieki nad starszym człowiekiem przez internautów (jako przedstawicieli społeczeństwa). Przedmiot podjętych badań to opieka dorosłego dziecka nad starszym rodzicem w wypowiedziach internautów. Problem badawczy został sformułowany następująco: jak prezentuje się problematyka opieki nad starszym człowiekiem (rodzicem) w komentarzach internautów na wybranych stronach internetowych?

---

11 Tamże, s. 88.

12 Tamże, s. 89.

13 Z. Szarota, *Starzenie się…*, s. 239.

14 *Opieka długoterminowa nad człowiekiem w wieku podeszłym i przewlekle chorym*, Urząd Miasta Krakowa. Biuro ds. Ochrony Zdrowia. (www.bip.krakow.pl/zal.php?zal_id=848 [Dostęp: 29.03.2015].

Osiągnięcie założonego celu badawczego wymagało podejścia „miękkiego" – posłużono się paradygmatem interpretatywnym, który zakłada możliwość „wejrzenia w głąb" danego zjawiska[15]. Analiza obejmowała komentarze, które pojawiły się pod ośmioma artykułami dotyczącymi starzenia się i opieki nad człowiekiem w podeszłym wieku. Zbieranie danych polegało na stworzeniu korpusu materiałów[16], z których wyselekcjonowano te, które uznane zostały za reprezentatywne. Liczba artykułów i komentarzy nie była początkowo określona, ale sukcesywna analiza i komparatystyka wyników ukazała wysycenie materiału badawczego przy tej liczbie zebranych danych. Komentarze potraktowano jako teksty i przeanalizowano przez zastosowanie kodowania tematycznego i analitycznego na podstawie kodów wyłaniających się z danych[17]. Następnie kody zostały skategoryzowane, a główne kategorie stały się kanwą opisu wyników badań.

Analiza treści wypowiedzi pojawiających się w Internecie daje niewiele informacji o grupie badawczej. W podjętych badaniach czasem można było zdobyć informacje, np. dotyczące wieku osób wypowiadających się, ze strony gramatycznej wypowiedzi można domyśleć się płci. Są to nieliczne i niekompletne dane, których na dodatek nie można zweryfikować. Internauci, których wypowiedzi analizowano, podawali swoje nicki, jednak przy prezentacji wyników badań zdecydowano się na ich pominięcie. Powody takiej decyzji są następujące: 1) część wypowiedzi pozbawiona była podpisów, 2) zdarzały się takie same nicki na różnych stronach internetowych, przy małym prawdopodobieństwie, że wypowiada się ta sama osoba, więc używanie ich mogłoby wprowadzać w błąd, 3) wymyślone przez internautów nicki nie stanowiły części wypowiedzi i niewiele do niej wnosiły, 4) bywały przypadki, że nicki stanowił zbiór przypadkowych liter. Uznano je za element niewiele wnoszący, a jednocześnie mogący utrudnić percepcję wyników badań.

Wypowiedzi internautów tworzyły dwie główne (choć nierównoważne) kategorie: opinia społeczna na temat opieki nad starym człowiekiem oraz sytuacja opiekuna starszego człowieka (w tym dwie podkategorie: obraz opiekuna i obraz rodzica).

Opinia społeczna na temat opieki nad starym człowiekiem

Część (stosunkowo niewielka) analizowanych wypowiedzi to głos internautów, którzy nie opiekują się swoimi starszymi członkami rodzin, ale wypowiadają się w tym temacie. w tej grupie wypowiedzi ujawnia się spo-

15 N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych,* [w:] N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 1, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 19-75.

16 U. Flick, *Projektowanie badania jakościowego*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 66.

17 G. Gibbs, *Analizowanie danych jakościowych,* Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2011.

łeczny obraz oczekiwań kierowanych wobec opiekunów i potencjalnych opiekunów osób starszych. Analiza ukazuje silny nacisk na osobiste sprawowanie opieki nad starszymi rodzicami przez dzieci.

„Rodzice dali wam dorobek swojego życia, a przede wszystkim wychowali ciebie, jeżeli masz dzieci to wiesz ile nocy jest nieprzespanych…”

„Jest kodeks karny, który mówi, kto pozostawia bez opieki osobę bezradną, wymagającą opieki podlega karze. Tak więc dzieci, które nie interesują się starymi rodzicami, im nie pomagają, można zgłosić prokuraturze. Bo to jest przestępstwo, gdy stary ojciec, matka, schorowani muszą sobie sami radzić, a dorosłe dzieci mają własne życie. Trudno żeby sąsiedzi odpowiadali, gdy coś któremuś z nich się stanie. A dzieci chciałyby żyć spokojnie, sąsiedzi niech się martwią o ich rodziców. Nie, zgłaszać o takich sprawach policji, prokuraturze. Jak rodzic sam nie chce zgłosić, to zrobić to za niego. Do wychowywania wnuków to byli dobrzy, a teraz gdy sami wymagają opieki, to dzieci nie mają czasu”.

„Karą dla tak postępującego dziecka powinno być wydziedziczenie w drodze egzekucji prawnej nawet wówczas gdy podopieczna osoba jest w stanie nieświadomości w skutek problemów ze zdrowiem (takie powinno być prawo). Na skutek zebranych informacji i dowodów Sąd powinien orzec wydziedziczenie, aby choćby wymóc presję opieki na wyrodnej opiekunce (dziecku). Prawo jest zatem mało skuteczne, takie jest moje zdanie”.

„Żaden dom opieki nie zastąpi rodziny – niech ciebie też dzieci poślą do takiego zakładu i też niech cię odwiedzają wypoczęci i w miłej atmosferze. Szczerze ci tego życzę. Szkoda, że ciebie mama nie oddała do domu dziecka i wypoczęta odwiedzała. PARANOJA. Nie wiesz, co to szacunek do samotnych starszych ludzi”.

„To przerażające, rodzice wychowają np. pięcioro dzieci, a pięcioro dzieci nie ma siły i możliwości pomóc rodzicom. zostaje tylko aborcja , a co z przetrwaniem narodu”.

„Jak się kogoś kocha… to nie oddaje się go do domu starców”.

„Nie róbcie z siebie męczenników. Renty i emerytury rodziców dzieci chętnie biorą. Domy po dziadkach też. Nie pozbędziecie się starych rodziców, jeśli są zameldowani w swoim domu, a wy z nimi mieszkacie. To nie fair wziąć dom i nie chcieć się zajmować staruszkiem, a od rodzeństwa, które nic nie dostało od rodziców, domagać się pomocy. Oni muszą się dorabiać, a wy nie. Zawsze można dziadka oddać do domu starców, ale renty szkoda, prawda?”.

Z opisów wynika, że głównym motywem opieki nad starszym rodzicem staje się dług wdzięczności, który zyskuje jeszcze większą rangę przez istniejące unormowania prawne. Powinność ta ma swoje korzenie w dzieciństwie i poświęceniu rodziców w wychowaniu dzieci. Przebija się przez te myśli motyw „zarabiania” na swoją przyszłość lub też wychowywania

sobie opiekuna na lata starości i niedołężności, jednak to „zarabianie" nie jest pewną inwestycją. Drugim motywem według osób niezaangażowanych w osobistą opiekę jest motyw finansowy. Opiekun przedstawiany jest jako osoba korzystająca z dóbr zgromadzonych przez rodzica i potencjalny spadkobierca. Jest to zdaniem niektórych wystarczający powód do tego, by rodzic „zasługiwał" na opiekę.

Jednak w przypadkach, kiedy nie wystarcza zabezpieczenie finansowe i inwestowanie w wychowanie dzieci – prawny aspekt podnosi rangę zależności rodzic-dziecko. W wypowiedziach przebija się instrumentalność w postaci ukrytego założenia, że w rodzinach nie ma wystarczająco silnych więzi wywołujących pożądany efekt opieki i ponoszenia odpowiedzialności za starzejącego się członka rodziny. Wychowywanie dzieci (a nawet opieka nad wnukami) nie wytwarzają dostatecznego przywiązania, które dawałoby rękojmię późniejszego zabezpieczenia pod postacią osobistej opieki i pozostania w domu. Wypowiedzi te ukazują też, że rozwiązania instytucjonalne są społecznie nieakceptowane i pojawiają się w kontekście niepożądanego postępowania.

W niewielu wypowiedziach pojawia się zrozumienie dla opiekuna i próba poszukiwania innych rozwiązań niż obarczanie jednej osoby ciężarem opieki:

„Żeby to zmienić, trzeba usprawnić opiekę medyczną, musi być więcej lekarzy gerontologów, usprawnić system opieki państwa, więcej opiekunek, pielęgniarek dla starych i schorowanych, a nie tylko zwalać problem na dzieci!!!!! Trzeba wybudować więcej D.O.S, a najważniejsze, aby tych seniorów na to było stać!!!! Tak jak to jest na zachodzie!!!!!!!! Tego nie da się zamieść pod dywan!!!!!!! Z każdym rokiem starszych i schorowanych będzie tylko przybywać !!!!!!"

„Cały ciężar opieki nad starymi schorowanymi rodzicami w większości spoczywa na dzieciach, które już nie są młode. Zazwyczaj są 60-letni i sami chorują. Dlaczego państwo tak niewiele robi?????!!!!!!! Ten problem będzie tylko narastał !!!!!!"

W wypowiedziach tych zauważyć można przeniesienie ciężaru z odpowiedzialności osobistej na odpowiedzialność społeczną. Rozwiązanie problemu leży w gestii nie tylko poszczególnych rodzin, ale też wymaga systemowego podejścia. Zofia Kawczyńska-Butrym[18] pisze, że formy opieki nad osobą starszą mogą być różnorodne (osobiste w domu rodzinnym starszej osoby, w domu opiekuna, instytucjonalne). Osoba starsza mogła do pewnego momentu być samodzielna i mieszkać osobno, więc przejęcie opieki nad nią będzie się wiązało z wielkimi zmianami w życiu zarówno rodziny, jak i starzejącego się rodzica.

18 Z. Kawczyńska-Butrym, *Wyznania…*, s. 159.

„To bardzo trudny i złożony problem, myślę, że zrozumieć mogą go tylko ci, którzy mieszkają, bądź mieszkali razem ze starymi rodzicami. Patrzeć na to, jak powoli, lecz nieuchronnie odchodzą… i żadnych szans na poprawę… (…) Jedynie pocieszająca jest potem świadomość, że zrobiliśmy wszystko, co było w naszej mocy i nie mamy powodów do wyrzutów sumienia, a to też bardzo ważne".

„Dzieci też mają prawo do własnego życia, a sprawy opieki można ustawić na wiele sposobów. I nie uwłacza to miłości względem rodziców".

Mimo tych kilku głosów współczucia i akceptacji (również dla trudnych decyzji powierzenia opieki nad rodzicem instytucji), obraz wymagań społecznych wydaje się być klarowny: to od dzieci oczekuje się opieki nad rodzicami. Instytucjonalne rozwiązania nie są przychylnie przyjmowane, a dzieci, które z nich skorzystały bywają bardzo surowo osądzane. Wypowiedzi pokazują, z jaką presją społeczną spotykają się potencjalni opiekunowie osób starszych.

Jaka jest zatem rzeczywistość opiekunów? Składa się ona z dwóch głównych, ściśle połączonych ze sobą obrazów: rodzica i opiekuna (tak zostało nazwane dorosłe dziecko zaangażowane w tego typu działania).

Sytuacja opiekuna osoby starszej

Obraz rodzica

Niemal wszystkie wypowiedzi opiekunów rozpoczynają się od naświetlenia własnej sytuacji, której nieodłącznym i podstawowym elementem jest stan zdrowia rodzica/ów. Kreuje się tu obraz ludzi w wieku powyżej 70 lat, zmagających się z różnymi chorobami i niepełnosprawnościami, w dużej mierze wynikającymi ze starzenia się organizmu człowieka (dominują: choroba Alzheimera, miażdżyca, problemy z pamięcią, choroba Parkinsona, stany po udarach mózgu, zawałach serca, cukrzyca, niepełnosprawność ruchowa, uszkodzenia zmysłów, zaburzenia psychiczne…). Dodatkowo internauci określają czas opieki nad rodzicami:

„Sama od ponad 15 lat opiekuję się Mamą, która ma teraz 90 lat. Jej stan zdrowia pogarsza się z dnia na dzień".

„Tato ma miażdżycę mózgu, obciętą rękę… mama chory kręgosłup, porusza się o kulach, tętniaki w głowie nieoperacyjne".

„Tata po zawale i wylewie z trudnością mówi i porusza się, mama jest osobą, która zapomina, oboje są po 70-tce…"

Do tego obrazu schorowanego człowieka w podeszłym wieku dochodzą jeszcze opisy trudności pochodzących z relacji interpersonalnych.

Choroby i pogarszający się stan zdrowia oraz coraz większe trudności w funkcjonowaniu wpływają też na relację rodzic – dziecko. W nie-

których przypadkach stają się najtrudniejszym elementem sprawowanej opieki:

„Moja matka i ojciec kłócili się bardzo, bardzo często przez całe życie. Obecnie mają po 87 lat i nadal kłócą się bardzo często. Nie mam już siły odwiedzać ich i pomagać im, ponieważ matka ciągle jest zła i «chora» po kolejnej kłótni, a ojciec siedzi po cichu w drugim pokoju. Przez te ich kłótnie jestem bardzo znerwicowana i nie mam siły opiekować się nimi".

„4 lata opiekuję się mamą, jestem u kresu wytrzymałości, nie powiem, żeby siostra nie chciała mi pomóc, ale moja matka jest uparta i do niej nie pójdzie, kłócimy się z mężem, a ona wiecznie zła i zduta, nie chce się myć, pilnuje nas na każdym kroku, żadnej prywatności, dzieci są na swoim, a ona tak umila mi życie, jestem na lekach, mam nerwicę".

„Ale najgorsze jest to, że moi rodzice nie byli i nie są dobrymi rodzicami, a ja powinnam być dobra".

Ta podkategoria spaja kategorię „opiekun" i kategorię „rodzic" ukazując komplikacje związane z koniecznością utrzymania relacji międzyludzkiej. Relacja ta uzależniona jest od predyspozycji, chęci i komunikatywności obu stron. Analiza ukazuje, że nie zawsze problemy pojawiają się w tym aspekcie są wynikiem starości rodzica. Czasem są one dobrze zakotwiczone w przeszłości i prezentują się raczej jako w miarę stały rys osobowości i sposób funkcjonowania danego człowieka. Ci, którzy rozwijali ten wątek, pisali raczej o trudnych, frustrujących kontaktach, które nie ułatwiają dorosłym dzieciom wykonywania zadań opiekuńczych wobec schorowanych rodziców.

Obraz opiekuna

Opieka nad człowiekiem, którego stan zdrowia i sposób funkcjonowania został opisany powyżej bywa dużym wyzwaniem. Jak zatem opiekunowie przedstawiają swój sposób funkcjonowania?

Jest to najbardziej rozbudowana kategoria, w skład której wchodzą podkategorie: poczucie powinności, aktywność, własne potrzeby, relacje z innymi (w tym z potencjalnymi innymi opiekunami oraz najbliższymi), pomoc z zewnątrz, sytuacja finansowa.

– poczucie powinności

„To prawda, że opieka nad rodzicami to nasz nowy obowiązek. Nie wyobrażam sobie oddać rodziców do domu opieki, zawsze kojarzyły mi się z umieralniami, gdzie ludzie szybko gasną i odchodzą".

„Dla mnie oddanie do domu opieki jest ostatecznością i nie dopuszczam takiej myśli do siebie. Nie wyobrażam oddanie rodzica do domu opieki, oni nas wychowali jak mogli najlepiej, a teraz my musimy zapewnić im starość”

„Oddanie rodzica to jest szybkie i łatwe wyjście, ale chyba do końca własnego życia gryzłoby mnie sumienie”.

„Właśnie się dowiedziałam, że siostra chce mnie przez Sąd zmusić do opieki nad ojcem”.

Opieka nad rodzicem jako powinność jest więc bardziej uniwersalną kategorią. Pojawiła się ona w wypowiedziach ludzi, którzy nie sprawują opieki nad swoim rodzicem i obrazują raczej „głos społeczeństwa”. Te wypowiedzi potwierdzają, że nie jest to tylko pogląd narzucany z zewnątrz, ale podzielane również przez tych, którzy opiekują się starym rodzicem przekonanie. Z jednej strony osoby te doświadczają trudów z tym związanych, z drugiej zaś silne poczucie obowiązku wobec rodzica nakazuje im ponoszenie go nadal.

W pozornej sprzeczności stoją wypowiedzi osób, które miały trudne dzieciństwo:

„Ja nie opiekuję się starymi rodzicami, ponieważ znęcali się nade mną psychicznie i fizycznie oraz nigdy (prawie) nie okazywali mi miłości ani czułości”.

„Moja mama znęcała się nade mną w dzieciństwie psychicznie. Teraz ma 85 lat i to mnie przypadło się nią opiekować. Staram się, ale ciągle pamiętam o tym, jaka była dla mnie niedobra, wyzywała mnie i odreagowywała na mnie swoją złość w postaci długich „kazań”, które płacząc musiałam wysłuchać do końca, aż ona opadła z sił. Kilka razy wygnała mnie w świat, a ja w nocy skradałam się do domu do swojego łóżka. Później była dla mnie dobra, ale to wczesne dzieciństwo bardzo boli i jest mi bardzo ciężko. Brat odszedł i się mamą nie opiekuje”.

„Moje siostry były niemal całe życie poniewierane, poniżane często bite! Mama ma 91 lat, a siostry mają uraz niemożliwy do wyeliminowania i co mam Je przymusić fizycznie czy sądownie. Na starość także trzeba sobie zasłużyć!”

„Czułam się w obowiązku tak postąpić”.

Potwierdzają one jednak to, co w wypowiedziach nazwanych „głosem społeczeństwa” dotyczyło „zasłużenia sobie” na przyszłą opiekę dzieci.

Poczucie powinności ściśle związane jest z dzieciństwem i odebraniem od rodziców należytego wychowania, opieki i zabezpieczenia. Tylko część osób wypowiadających się wraca do swojego dzieciństwa. Są to ci internauci, którzy mają raczej negatywne doświadczenia opieki rodzicielskiej. Ich wypowiedzi potwierdzają istnienie społecznego procesu „zarabiania” na wytworzenie u dziecka poczucia powinności przez określone postępo-

wanie wobec dziecka. W niektórych wypowiedziach można odnaleźć realizowanie przekazu międzypokoleniowego poprzez sprawowanie opieki: „Córka też miała sposobność nauczyć się tego, że życie to nie same przyjemności, ale też obowiązek".

Można tu także zauważyć wątek przejmowania ról, który pojawił się w innych prowadzonych przez autorki badaniach[19]. Badany przejął rolę opiekuna, którą dawniej spełniał rodzic (aktualnie on wymaga opieki).

– aktywność opiekuna

„Przez pierwsze pół roku musiałam nawet 3-4-krotnie w nocy wstawać i przebierać ją. A rano do pracy".

„Przystosowaliśmy dom pod nią, zrobiliśmy na dole jej sypialnię i łazienkę, ale też pomyśleliśmy o tym, że jakby chciała wejść na górę to, żeby też mogła, nie możemy trzymać jej tylko na dole. Zastanawialiśmy się nad różnymi sposobami, ale zdecydowaliśmy się na krzesełkiem schodowym. Nie należymy do osób najbogatszych, a wiedzieliśmy ile takie krzesełko może kosztować. Już sam remont dołu i łazienki na dole, żeby przystosować ją dla mamy było sporym wydatkiem. Ale znalazłam w Internecie schodową windę, gdzie można kupić używane krzesełko i nie wychodzi wtedy tak drogo, bo gdzieś w granicach 4 tysięcy, chyba jakoś tak płaciłam. Więc trzeba jedynie trochę pomyśleć nad tym jak sprawić, aby żyło się wszystkim lepiej".

„Dziś jesteśmy w trakcie tworzenia stowarzyszenie na rzecz osób niepełnosprawnych, seniorów i ich rodzin oraz dzieci błąkających się po ulicach. Mam nadzieję, że uda mi się pomóc osobom, które tak jak ja potrzebowały pomocy".

Aktywność opiekunów przebiega na kontinuum: osobiste zaangażowanie przy rodzicach w realizację ich najbardziej podstawowych potrzeb, poprzez poszukiwanie sposobów realizacji tych potrzeb, aż do – w niektórych przypadkach – społecznej działalności na rzecz zarówno osób starszych, jak i nimi się opiekujących. Wachlarz aktywności jest bardzo duży i zróżnicowany, wymagający ponadprzeciętnego zaangażowania. Można też zauważyć, że aktywność ta przebiega od zauważania i uwzględniania potrzeb rodziców do spostrzeżenia własnych potrzeb i szukania dróg zaspokojenia również i ich. Jest to etap bardzo pożądany, jednak poruszony w niewielkim zakresie. Znaczna większość wypowiedzi ukazywała jednak stan bolesnego niezaspokojenia własnych potrzeb, o czym świadczy analiza kolejnej kategorii.

---

19 B. Antoszewska, U. Bartnikowska, K. Ćwirynkało, *Death as Perceived by Adult Children Caring for Aging Parents*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak, E. Sarnacka (red.), *Challengers of the current medicine*, Białystok 2014, s. 75-89.

– własne potrzeby

„Opiekowanie się ojcem odbieram jako rezygnację ze swojego życia. Strasznie to trudne…”

„Nie pracuję, nie mam możliwości wyjechać z moimi bliskimi na weekend, nie wspominając o choćby tygodniowych wakacjach”.

„Gdy zachorował mój tato, na prośbę mamy w ciągu dnia zrezygnowałam z pracy za granicą i przyjechałam do kraju pomóc mamie w opiece nad chorym, leżącym tatą. Mama pracowała, a ja zajmowałam się chorym ojcem w domu (…) w tym czasie rozpadł mi się związek, bo wiadomo, kto chce zapłakaną, zabieganą dziewczynę (…). Teraz rozchorowała się mama (…). Na dodatek sama choruję, czeka mnie operacją, nie mam nawet pieniędzy, żeby się przebadać. Jedno skierowanie do szpitala zlekceważyłam i nie poszłam, bo mamą nie miał się kto zająć, zostałam z tym wszystkim sama!!!! Żyjemy z mamy marnej emerytury”.

„Ten stan trwa prawie 10 lat. Ja mam 38 lat. Nie mam własnej rodziny, dzieci, bo nie mam na to czasu. Nie wyobrażam sobie siebie w ciąży dźwigającej mamę z wózka na łóżko czy do kąpieli. Próbuję jakoś żyć, ale widzę, jak zatracam siebie i powoli tracę cierpliwość i wrażliwość”.

„Praca – dom rodziców – własny dom – dzieci. Gdzie ja???”

„Tak tylko się wyżalić i to anonimowo, znikąd pomocy -------- moje życie… jakie moje życie --------- co czuję… żal, że nie mogę chociaż na koniec pożyć po swojemu -------- on zawsze sobie żył, a ja mam 58 lat i muszę żyć jego starością”.

Analiza niezaspokojonych potrzeb opiekunów znowu przedstawia imponującą listę: od najbardziej podstawowych (np. niewystarczającej ilości środków do życia i poczucia bezpieczeństwa w związku z pogarszającym się własnym zdrowiem lub nieprzewidywalnymi zachowaniami rodziców) do potrzeb wyższych obejmujących chociażby samorealizację. Niezaspokojona w badanych przypadkach okazała się potrzeba autonomii i osobistego decydowania o swoim losie. Ludzie wydają się być skazani na życie innym życiem, niż mogliby wybrać. Nierzadko pozbawieni zostali możliwości spełniania swoich planów życiowych. Odczucia pojawiające się na bazie braku zaspokojenia tych potrzeb to głównie: frustracja, żal, gorycz, niezadowolenie.

– relacje z innymi

Następna kategoria, która pojawiła się podczas analizy to relacje opiekuna z innymi osobami. Z jednej strony są to relacje z innymi potencjalnymi opiekunami, z drugiej z osobami z najbliższego otoczenia, które po-

średnio ponoszą konsekwencje zaangażowania opiekuna. Z wypowiedzi można wywnioskować, że ludzi tych można podzielić na tych, którzy

1) „zyskują" coś poprzez to, że osoba wypowiadająca się jest opiekunem,
2) „ponoszą straty" takiego zaangażowania opiekuna.

Grupa osób, które „zyskują" to właśnie potencjalni inni opiekunowie, którzy – w ocenie wypowiadających się internautów – niewystarczająco dużo angażują się w zaistniałą sytuację i nie ponoszą w związku z nią (prawie) żadnych „kosztów", a z racji pokrewieństwa „powinni".

„Mam dwie starsze siostry, obie emerytki, jedna mieszka w domu rodzinnym, w którym mieszkała Mama. Ale jak zaistniała potrzeba pełniejszej opieki nad Mamą (…) to wtedy okazało się, że siostry emerytki nie mają czasu dla Mamy, ja go musiałam mieć, mimo że do pracy dojeżdżałam w jedną stronę 50 km, wracałam „przemaglowana" w korporacji i wszystko w domu Mamy było na mojej głowie. Natomiast na mnie spadały tylko zarzuty, pretensje, wyzwiska, że opiekuję się Mamą jak małym dzieckiem itd., itd.".

„Moje siostry umywają ręce. Jedna przesyła mi 120 zł «wsparcia» miesięcznie z zagranicy, druga pojawia się raz w tygodniu. Czasem zrobi rodzicom kolację".

„Kiedy podejmowałam decyzję o tym, że będę opiekowała się rodzicami, brałam pod uwagę to, że przecież na pewno brat i jego rodzina jakoś mnie czasami wesprą, pomogą, odciążą… Niestety, przez ten czas, nikt nawet nie zapytał, jak ja się z tym czuję…".

Opisy tej podkategorii są bardzo bogate. w wypowiedziach internautów jest sporo żalu do innych członków rodziny (głównie rodzeństwa), które korzysta na zaangażowaniu głównego opiekuna, nie doceniając jego działań, niejednokrotnie uznając je za oczywiste i nie zauważając swojej potencjalnej roli jako osoby wspomagającej.

Opieka nad rodzicem jest trudną sytuacją, często jest sprawdzianem dla istniejących więzi. Opisy internautów pokazują, jak wiele rodzin nie jest w stanie zwycięsko przebrnąć przez tak ciężką próbę. Oprócz pogarszającego się stanu zdrowia rodzica, dochodzi pogarszająca się kondycja psychiczna i fizyczna głównego opiekuna, którego potrzeby nie są zaspokojone, oraz frustracje wynikające z trudnych relacji z innymi osobami.

Opiekunowie wraz z rodzeństwem (o którym tu najczęściej wspominano) są tymi osobami, które mogą zorganizować jeden z bardziej efektywnych systemów spontanicznego wsparcia, bo znają osobę starszą, mogą się czuć z nią związani. W opisywanych przypadkach tak się nie stało, na czym wszyscy wydają się w efekcie tracić.

Drugą grupę stanowią ci, którzy w ocenie internautów-opiekunów „tracą" na pewno.

„Czuję żal, ponieważ kiedy rodzice zaczęli chorować i trzeba było podjąć tę jakże zmieniającą życie decyzję, myślałam tylko o tym, jak pomóc rodzicom, co zrobić, by czuli się bezpiecznie. Zapomniałam wziąć pod uwagę, czy moja rodzina (mąż i dziecko) na tym nie stracą... I tracą, nasz wspólny czas. Taka jest prawda…".

„Niestety mąż jest zazdrosny o moich rodziców, o to, że chodzę do nich, im pomagam, tzn. większe porządki, zakupy, pranie itp.".

Wypowiadający się internauci spostrzegają swoich najbliższych, jako „ofiary" ich zaangażowania w życie rodzica. Co więcej, „ofiary" te są czasem boleśnie świadome swojej straty i próbują walczyć o swoje prawa, co można postrzegać jako element jeszcze bardziej komplikujący sytuację opiekunów.

– sytuacja finansowa

„Spłacam kredyty zaciągnięte na remont mojego mieszkania i mieszkania mamy. Ale od samego początku siostra zastrzegła, że nie da się pozbawić majątku… Do tego nie mam sojusznika w mamie".

„Ostatnio powiedziałam, że wezmę ojca do notariusza, aby ojciec zapisał wyłącznie mi mieszkanie, bo żadna z nich nie zamierza wyręczyć mnie z opieki. Niech sobie przemyślą, czy warto. Prawdę mówiąc, wolę znaleźć pracę niż posuwać się do szantażu".

„Moja matka była umierająca, prosiłam siostrę, aby ją odwiedziła, nie chciała, matka umarła i jej nie widziała. Nie przyszła na pogrzeb. A teraz chce majątku po matce. Jak tak można postąpić z matką!".

„Jednak prawda jest też taka, że ciężko finansowo podołać opiece nad starszą osobą, a emerytura często pokrywa jedynie leki. Do tego dochodzą maty masujące, jak ktoś leży, jedzenie, jakieś rozrywki, jak choćby oglądanie telewizji".

„Zwolniłam się z pracy – nie stać mnie na opiekę płatną – nieodpłatna – odmowa, dochód 2.500 zetów na 2 członków".

Wypowiedzi z tego zakresu ukazują obraz opiekunów zmagających się z wieloma trudami materialnymi i finansowymi. Ponoszenie kosztów opieki odczuwają oni dosyć boleśnie. Ciekawe staje się zestawienie tych wypowiedzi z obrazem społecznym sytuacji opiekuna (w pierwszej części analizy). Okazuje się, że rozmijają się one zupełnie. w społecznym wyobrażeniu bowiem opiekun ma pewne zyski finansowe: emeryturę rodzica, dorobek jego życia, a potem spadek (w postaci np. domu). Wypowiedzi opiekunów jednak pokazują nieadekwatność zysków (np. emerytury) w stosunku do niezbędnych nakładów finansowych, których wymaga życie ze starzejącym się rodzicem.

– pomoc z zewnątrz

Kategoria ta jest zaskakująco uboga. w wypowiedziach znajdują się wzmianki o uregulowaniach prawnych, np. przysługujących zasiłkach, pomocy wynajmowanej opiekunki, ewentualnie o instytucjach, które mogą rodzinę wspomagać. Jednak wypowiedzi te w dużej mierze są negatywne. Internauci pokazują swoje niezadowolenie z niezaradności instytucji pomocy społecznej. Według nich diagnoza potrzeb jest niewystarczająca, co ostatecznie kończy się nieudzielaniem wsparcia.

„Wszelkie instytucje łącznie z ZOLami, Mopsami itd., to zwykli spychacze (…) spotkałem się tylko z pseudozrozumieniem, nibywspółczuciem, ale za to z ogromną spychologią. Dzwoniłem nawet na policję, bo w mieszkaniu jest i woda, i gaz, a do pracy muszę iść. Nic a nic to nie obchodzi".

„Panie opiekunki, które przychodzą do południa pozostawiają wiele do życzenia".

„Wszyscy odmawiali mi pomocy. Tata był zarażony wirusem C, mama wirus B. Siostry PCK odmówiły mi pomocy, na opiekę długoterminową musiałam czekać bardzo długo w PCPR usłyszałam, że jestem naciągaczką, bo nie ma dwóch osób niepełnosprawnych itd. Wszyscy patrzyli, jak w 7 m-cu ciąży podnosiłam tatę do łóżka (mąż pracował 300 km od domu). Później miałam to już tak wyćwiczone, że nawet się nie męczyłam".

Ostatecznie obraz kondycji psychicznej i fizycznej opiekuna ukazuje wyczerpywanie się zasobów i pogarszanie funkcjonowania.

Zmęczony opiekun rozważa dwa ostateczne rozwiązania: 1) oddanie rodzica do domu opieki, 2) ucieczkę (w tym też popełnienie samobójstwa). Drugi z wymienionych aspektów pojawił się także w innych prowadzonych przez autorki badaniach[20].

„Ciągła niepewność, na czym tak właściwie stoję i zwyczajny strach… tylko czekałam na chwilę kiedy tata podniesie na mnie rękę. Czułam, że oboje balansujemy na granicy. Nie wytrzymałam i oddałam go do domu opieki".

„Nie każdy może być dr. Judymem. Mam ochotę się powiesić".

„Szczerze mówiąc mam tak serdecznie dosyć, że coraz poważniej myślę o wyprowadzce z tego domu, rzucenia tego wszystkiego i zaczęcia w końcu życia na własny rachunek".

„Mam nadzieję, że w przypływie odwagi skończę ze sobą i tymi problemami. Tylko takie wyjście zostało".

„A ja mam mamę alkoholiczkę – 82 lata, brat też alkoholik, syn i synowa bez pracy, za to z dzieckiem. I wiecie co? Wszyscy oczekują mojej pomocy, ja mam już 60 i jestem bardzo zmęczona taką rodziną. Na szczęście

20 B. Antoszewska, U. Bartnikowska, K. Ćwirynkało, *Death by…*, s. 75-89.

udało mi się przejść na wcześniejszą emeryturę, żyję skromnie ale czuję się lepiej z dala od nich. Kiedy pomagałam, nikt tego nie doceniał. Dlatego zostawiłam ich wszystkich".

„Czasem myślę, że kiedyś zamknę te drzwi i już nie otworzę".

Jako podsumowanie można przyjąć słowa jednej internautki: „w naszej psychice ktoś namieszał i trudno jest nam oddać Rodziców (w stanie postępującej choroby i wymogu 24-godzinnej opieki) do domu opieki. Lepiej samemu wpaść w psychozę, stracić zdrowie, znienawidzić Rodzicieli, aby tylko nie pozbawić się pochwały od tych, którzy nie mają pojęcia o opiece nad chorymi obłożnie Rodzicami – że jesteśmy dobrymi dziećmi".

Ten silny przekaz społeczny nakazujący osobistą opiekę dziecka nad rodzicem, nie uwzględnia wyczerpujących się sił opiekuna. Właściwie wszystkie wypowiedzi opiekunów wskazują na potrzebę skorzystania z pomocy (w różnym zakresie), a niektóre przypadki wymagają natychmiastowego wsparcia, ponieważ sytuacja stała się groźna i dla opiekuna, i dla rodzica. Ten ostatni z powodu wycieńczenia opiekuna jest narażony na zaniedbania choć motyw podjęcia opieki był zupełnie inny.

Podsumowanie

W naszym kraju opieka i pomoc świadczona przez rodzinę wobec osób starszych jest w pewnej mierze normą kulturową. To od najbliższych oczekuje się wsparcia seniorów, sankcjonując je nie tylko zwyczajowo, ale także poprzez ustanowione przepisy prawa (przez ustanowienie obowiązku alimentacyjnego)[21]. Rodziny wykazują gotowość i potencjał opiekuńczy nad starszymi członkami, jednak brak efektywnych, a także adekwatnych rozwiązań systemowych uwzględniających potrzeby opiekunów nie wróży nic dobrego, a wręcz przeciwnie – przeraża.

Sumując prezentowaną analizę można powiedzieć, że sytuacja opiekuna osoby starszej w naszym społeczeństwie jest bardzo trudna. Zarówno dzieci bezpośrednio zaangażowane w opiekę nad swoimi rodzicami, jak i te pośrednio zaangażowane wymagają wsparcia. Pierwsza grupa, naszym zdaniem, wymaga bardziej złożonego, wieloprofilowego wsparcia: psychicznego, fizycznego, materialnego (w tym finansowego i technicznego). w drugiej chodzi o wsparcie psychiczne i czasami materialne (opłata za pobyt rodzica w placówce).

W niemal wszystkich wypowiedziach na plan pierwszy wysuwa się ogromne zmęczenie i pilność zaspokojenia potrzeb opiekuna. Pierwotnym zamysłem pozostania starego schorowanego rodzica w domu rodzinnym i przejęcia opieki przez dziecko jest poczucie posiadania przez rodzica

21 M. Racław, *Opiekunowie…*

miejsca w tej rodzinie, bycia kimś bliskim i korzystania przez rodzica z tej bliskości. Pytanie brzmi: czy przy niezaspokojeniu wielu potrzeb opiekuna i konieczności skupienia na przetrwaniu, wyczerpaniu zasobów osobistych i rodzinnych opiekuna, braku zasobów środowiskowych, te pierwotne założenie korzystania z wzajemnej bliskości jest jeszcze możliwe? Z analizowanych wypowiedzi wynika, że nie. Nie jest dobrą drogą maksymalne wykorzystywanie zasobów osobistych nie dbając o ich odnawianie.

Sami internauci przekazują sobie nawzajem namiastkę wsparcia, ale jest to jedynie substytut odpowiedzi na ogromne potrzeby w tym zakresie:

„Wielki szacunek mam do osób tutaj piszących, którzy zajmują się starszymi schorowanymi rodzicami".

„Opieka nad chorym rodzicem to bardzo duże obciążenie przede wszystkim psychiczne. A kiedy psychika siada, to i opieka nie jest taka jak być powinna".

„Życzę wytrwałości i wspieram Cię dobrym słowem. Niewiele to pomoże, ale inaczej nie potrafię. 3maj się – pozdrawiam".

Analiza ukazuje pilną potrzebę zmian idącą w kierunku wsparcia tych rodzin, które chcą i mogą opiekować się swoimi starszymi członkami rodzin, dostosowania pomocy do konkretnych potrzeb danej rodziny (opiekuna i rodzica), zmiany wizerunku instytucji świadczącej pomoc starszym członkom naszego społeczeństwa (przyjmujemy, że w niektórych przypadkach rodziny nie mają takich możliwości, by zaspokoić rosnące potrzeby choćby medyczne tracącego sprawność rodzica). Dbanie o jakość życia starszego człowieka wymaga przede wszystkim zadbania o jakość życia tych, którzy sprawują nad nim opiekę. Niezwykle ważna jest opieka psychologiczna, a czasem wręcz terapia opiekunów wykazujących wyczerpanie czy wręcz „wypalenie sił". Z pewnością rodziny opiekujące się starszym, tracącym sprawność członkiem rodziny potrzebują wszechstronnego wsparcia: prawnego, finansowego, technicznego, emocjonalnego, mediacyjnego.

„Tired caretakers or grateful children": taking care of the elderly parent in the statements of Internet users

The analysis of demographic data concerning the Polish population demonstrates a systematic increase in the number of the elderly. This necessitates multi-dimensional care provided for this age group. Generally children are burdened with the obligation to take care of their old, disabled and

ill parents. This is emotionally and/or economically difficult, thus not all families can deal with such a challenge.

The conducted research analyzed internet users' statements that appeared on internet forums and comments referring to articles devoted to care provided for aging parents who gradually become disabled. The results demonstrate the attitude of those who personally experience the described situation and of those who only imagine it. Generally, the analysis of the results indicates popular views on care provided for parents and obligations towards them. The study is limited by the fact that it only concerns individuals who function in virtual reality. An important research task is to diagnose social attitudes towards this issue, and then to organize a comprehensive system of social support directed at families that have exhausted their own resources.

Bibliografia:

Antoszewska B., Bartnikowska U., Ćwirynkało K., *Death as Perceived by Adult Children Caring for Aging Parents*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak, E. Sarnacka (red.), *Challengers of the current medicine*, Białystok 2014

Denzin N.K., Lincoln Y.S., *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych,* [w:] N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 1, PWN, Warszawa 2009.

Flick U., Projektowanie badania jakościowego, PWN, Warszawa 2012.

Gibbs G., Analizowanie danych jakościowych, PWN, Warszawa 2011.

Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.

Kułak W., Sarnacka E., (red.), *Challengers of the current medicine*, Białystok 2014.

Pikuła N., *Gerontologia dla pracowników socjalnych. Etos starości w aspekcie społecznym,* Wydawnictwo Wyższej Szkoły Filozoficzno-Pedagogicznej Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.

Racław M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacalnej pracy* [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych,* t. 3, Warszawa 2012.

Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.

Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010.

Żółcińska W., *Najdroższa*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2015.

Monika Lato-Pawłowska
Iwona Bonikowska
Grażyna Milewska-Wilk
Joanna Hoffmann-Aulich
Arleta Wojciechowska-Łącka
Jan Łącki

Formy zwracania się pielęgniarek do pacjentów seniorów w placówkach medycznych

Wstęp

Współczesny świat jest erą komunikacji interpersonalno-medialnej. Jest ona możliwa niemal w każdym momencie w zależności od używanego medium. Internet, telefony komórkowe stały się podstawowym narzędziem wymiany informacji. Do najważniejszych ogniw prawidłowego funkcjonowania firm, przedsiębiorstw, instytucji należy m.in. umiejętność współpracy, a najbardziej pożądane cechy dzisiejszego pracownika, bez względu na rodzaj wykonywanej pracy, to skuteczne porozumiewanie się. Problemy, jakie pojawiają się w toku każdej pracy, wynikają zazwyczaj ze zbyt słabej lub nieumiejętnie prowadzonej wymiany zdań między ludźmi. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji komunikacji. Jedną z częściej przewijających się jest określenie autorstwa Charles' a Cooley' a, prekursora nauk o komunikowaniu: „Komunikowanie jest swego rodzaju mechanizmem, dzięki któremu stosunki międzyludzkie istnieją i rozwijają się, a wytworzone przez umysł ludzki symbole są przekazywane w przestrzeni i zachowywane w czasie"[1]. Podobnie wyraził to Tomasz Goban-Klas, mówiąc, że porozumiewanie się wymaga przede wszystkim, zdolności do wyrażania swoich myśli oraz przekazywania ich innym. Kontakty te „…tworzą wspólnotę duchową opartą na kulturze, tworzeniu symboli i nasyceniu ich znaczeniami, a podstawą tej kulturowej wspólnoty jest język"[2]. Współcześnie przedstawiciele wiodących firm na rynku, oferujący szczególnie atrakcyjne oferty czy produkty, nader często rozpoczynają rozmowę używając zwrotu *„pani plus imię"* (np.

1 B. Dobek-Ostrowska, *Podstawy komunikowania społecznego*, Wydawnictwo „Astrum", Wrocław 2002.
2 T. Goban-Klas, *Media i komunikowanie masowe*, PWN, Warszawa 2008.

pani Mario). Różnica dystansu między partnerami rozmowy w relacjach *„na ty”* i w relacjach *„na pan”* jest duża. Każdy z tych dwóch typów relacji wyznacza niewidzialne granice między rozmówcami. Granice można przyrównać do progu dzielącego osoby rozmawiające, który pozwala partnerom rozmowy na znacznie mniej niż wtedy, gdy obaj znajdują się na obszarze niczym nieprzedzielonym[3]. Wiele osób uważa, że forma *„na ty”* jest niewłaściwa, zwłaszcza, kiedy rozmówcy na co dzień się nie znają.

U niektórych osób wzbudza to nawet irytację. Szczególnego znaczenia nabiera dialog ludzi, którzy znaleźli się w niecodziennych i specyficznych warunkach. Taką sytuacją jest hospitalizacja i spotkanie pielęgniarki z pacjentem w szpitalu lub przychodni. Wydaje się, że sam wstęp do rozmowy ma wpływ na powodzenie dalszych relacji. Włączenie pacjenta do współpracy podczas procesu pielęgnacyjnego opiera się na prawidłowej komunikacji, która może pomóc w znoszeniu trudów wynikających ze starości oraz cierpienia spowodowanego chorobą. Jolanta Lewko podaje, że to pielęgniarka wywiera wpływ na kreowanie atmosfery terapeutycznej przez okazywanie wrażliwości i akceptacji dla rozumienia trudnej sytuacji pacjenta[4]. Dlatego uważa się, że stosowanie zwrotów, które pozwoliłyby na głębszą relację pacjent –pielęgniarka jest jak najbardziej uzasadnione. Można więc założyć, że forma zwrotu *„pani plus imię”* będzie przez samych chorych mile widziana.

Celem pracy było poznanie opinii starszych pacjentów, którzy ukończyli 60 rok życia, korzystających z placówek medycznych na temat różnych form zwracania się pielęgniarki do pacjenta.

Metodologia

Badania przeprowadzono wśród pacjentów seniorów w wieku od 61 do 93 lat, w styczniu 2015 roku. Średnia wieku wyniosła 71,5 lat. Objęto nimi 100 osób przebywających w placówkach medycznych. Metodę badań stanowił sondaż diagnostyczny. Zastosowano technikę ankietową, a narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. W prowadzeniu badań wzięły udział pielęgniarki uczestniczące w kształceniu w ramach studiów pomostowych UZ, z których wyłoniono zespół składający się z sześciu osób. Pielęgniarki otrzymały instrukcje na temat techniki ankietowania. Badania były prowadzone po uzyskaniu zgody, w miejscach pracy pielęgniarek – *„ankieterek”*, takich jak szpitale

3 M. Marcjanik, *Grzeczność w komunikacji językowej*, PWN, Warszawa 2011.

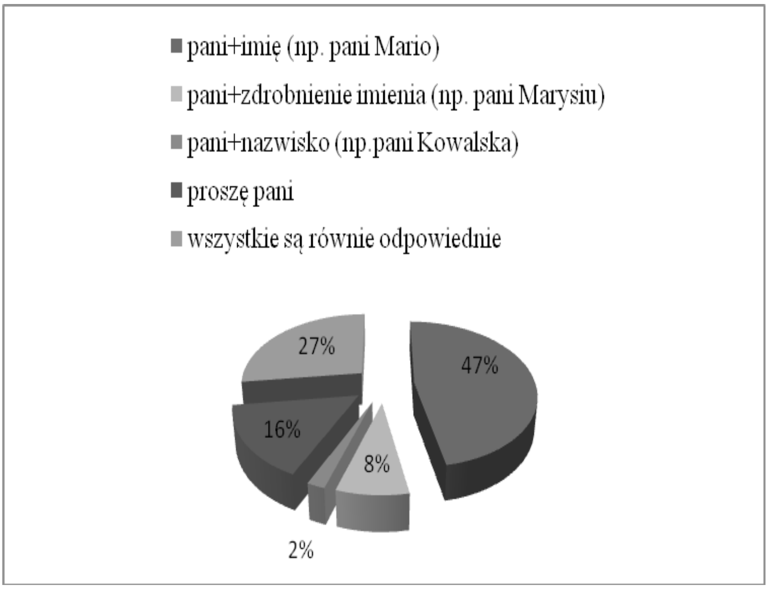
4 J. Lewko, *Komunikowanie z ludźmi starymi* [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo „CZELEJ”, Lublin 2003.

i przychodnie. Do opracowania statystycznego badań posłużono się testem niezależności Chi kwadrat ($\chi 2$). Do pomiaru wielkości siły związku w przypadku odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności, wykorzystano test V Cramera. Kwestionariusz ankiety był dobrowolny i anonimowy.

W badaniu wzięła udział grupa 70 kobiet, stanowiąc 70% ankietowanych i grupa 30 mężczyzn, stanowiąc 30% ankietowanych. Przeważali mieszkańcy miast, którzy stanowili 68% ankietowanych. Pozostałe osoby (32%) zamieszkiwały wieś. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 71,5 lat, wśród badanych kobiet średnia wieku wyniosła 71,68 lat, zaś mężczyzn 70,03 lata. Najmłodszy z badanych miał 61 lat, a najstarszy 93 lata. Badana grupa ze względu na wykształcenie była najliczniej reprezentowana przez osoby mające wykształcenie średnie –46%, respondenci z wykształceniem zawodowym stanowili grupę 27%; 23% ankietowanych stanowiły osoby, które wskazały na wykształcenie wyższe, zaś 4% na podstawowe. Zdecydowana większość badanych pozostawała w związku małżeńskim – 61%, osoby po rozwodzie stanowiły 6%, wdowieństwo 24%, panny i kawalerowie 9%.

Skuteczne nawiązanie kontaktu z pacjentem to jedno z najtrudniejszych zadań pielęgniarki. Dlatego samo rozpoczęcie rozmowy ma znaczenie w prawidłowym budowaniu relacji pacjent – pielęgniarka. Aby poznać opinię starszych osób będących w trakcie hospitalizacji lub korzystających z innych placówek medycznych, zadano im pytanie: *„Jaka forma zwrotu pielęgniarki do osoby chorej jest najwłaściwsza?”* Dla jednej trzeciej ankietowanych, forma zwracania się pielęgniarki do chorego, *„pani plus imię”* (np. pani Mario), *„pani plus zdrobnienie imienia”* (np. pani Marysiu), *„proszę pani”*, *„pani plus nazwisko”* (np. pani Kowalska) są równie odpowiednie. Natomiast prawie połowa badanych uznała, że najwłaściwszą formą zwracania się pielęgniarki do seniora jest zwrot *„pani plus imię”* (np. pani Mario), około jednej piątej badanych uznaje formę najbardziej rozpowszechnioną czyli *„proszę pani”*. Za najmniej odpowiednią respondenci uznali *„pani plus nazwisko”* (np. pani Kowalska), a także aprobaty nie uzyskało określenie *„pani plus zdrobnienie imienia”* (np. pani Marysiu). Uzyskane dane przedstawione zostały na wykresie 1.

Wykres 1. Najwłaściwsze formy zwracania się pielęgniarki do osoby pacjenta w opinii pacjentów- seniorów



Z analizy statystycznej zebranego materiału wynika, że nie ma zależności między płcią osób starszych (χ2=7,15, df=4, przy α=0,05), wykształceniem (χ2=8,13, df=12, przy α=0,05), stanem cywilnym (χ2=12,85, df=12, przy α=0,05), miejscem zamieszkania (χ2=0,85, df=4, przy α=0,05) a deklaracją wyboru najlepszej formy zwrotu pielęgniarki do pacjenta. Pytania dotyczące najbardziej odpowiednich form zwracania się pielęgniarki do starszego pacjenta uszczegółowiono i zapytano o akceptację poszczególnych form zwrotu. Z badań wnioskuje się, że pacjenci najbardziej akceptują formę zwrotu *„pani plus imię”*. Jest ona preferowana przez zdecydowaną większość respondentów, ponad połowa 60% spośród badanych wskazała na odpowiedź *„zdecydowanie tak”*, a 29% na *„raczej tak”*. Tylko niewielu respondentów, bo łącznie 11%, nie akceptuje tej formy zwracania się pielęgniarek do pacjentów-seniorów, wskazując odpowiedź *„zdecydowanie nie”* (7%) i *„raczej nie”* (4%). Poddając badania analizie statystycznej zsumowano odpowiedzi *„zdecydowanie tak”* z *„raczej tak”* oraz *„zdecydowanie nie”* z *„raczej nie”*. Nie wykazano zależności między płcią (χ2=0,04, df=1, przy α=0,05), wykształceniem χ2=3,16, df=3, przy α=0,05, stanem cywilnym (χ2=4,06 df=3, przy α=0,05), miejscem zamieszkania (χ2=1,16, df=1, przy α=0,05) a deklaracją dotyczącą akceptacji formy *„pani plus imię”*. Następną w kolejności najbardziej odpowiednią formą zwracania się pielęgniarki do starszych osób, według ankietowanych jest forma zwrotu *„proszę pani”*. Odpowiedzi *„zdecydowanie tak”* udzieliło pra-

wie połowa badanych (43%), jak również blisko połowa grupy zaznaczyła odpowiedź *„raczej tak"* (41%). Pozostali (16%) nie akceptują tej formy. Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej zebranego materiału, po zsumowaniu odpowiedzi *„zdecydowanie tak"* z *„raczej tak"* oraz *„zdecydowanie nie"* z *„raczej nie"*, nie wykazano zależności między płcią ($\chi2$=3,93, df=1, przy α=0,05), stanem cywilnym ($\chi2$=5,18, df=3, przy α=0,05), miejscem zamieszkania ($\chi2$=0,17, df=1, przy α=0,05) a deklaracją czy forma *„proszę pani"* jest akceptowana przez badanych. Wykazano natomiast, że zachodzi zależność pomiędzy wykształceniem, a akceptacją formy *„proszę pani"* ($\chi2$=9,91, df=3, przy α=0,05, V Cramera=0,31). Siła związku mieści się w przedziale od małej do przeciętnej. Dane zawarte zostały w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka wykształcenia i akceptacja formy *„proszę pani"* ($\chi2$=9,91, df=3, przy α=0,05, V Cramera=0,31)

Akceptacja formy zwrotu *„proszę pani"* (N=100)				
Wykształcenie	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Średnie	42	42%	4	4%
Zawodowe	19	19%	8	8%
Wyższe	21	21%	2	2%
Podstawowe	2	2%	2	2%

Jednym z bardziej rozpowszechnionych zwrotów kierowanych do pacjentów przez pracowników medycznych jest zwrot *„pani plus nazwisko"*. Z badań wnioskuje się, że niewiele ponad połowę ankietowanych (59%) akceptuje tę formę zwrotu. Odpowiedzi *„zdecydowanie tak"* udzieliło 21% ankietowanych, a 38% zaznaczyło odpowiedź *„raczej tak"*, Pozostałe osoby, co stanowi 41% ankietowanych nie godzi się z takim stylem porozumiewania. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej. Zsumowano odpowiedzi *„zdecydowanie tak"* z *„raczej tak"* oraz *„zdecydowanie nie"* z *„raczej nie"*. Analiza zebranego materiału nie pozwoliła na odrzucenie hipotezy mówiącej o niezależności między płcią ($\chi2$=3,17, df=1, przy α=0,05), wykształceniem ($\chi2$=5,36, df=3, przy α=0,05) i miejscem zamieszkania ($\chi2$=1,19, df=1, przy α=0,05) a deklaracją czy forma zwrotu do pacjenta–seniora, *„pani plus nazwisko"* jest akceptowana. Przeprowadzone badania pozwoliły natomiast odrzucić hipotezę mówiącą o niezależności pomiędzy stanem cywilnym ($\chi2$=8,72, df=3, przy α=0,05, V Cramera=0,29) a akcep-

tacją formy „*pani plus nazwisko*". Siła związku mieści się w przedziale od małej do przeciętnej. Dane przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka stanu cywilnego i akceptacja formy „*pani plus nazwisko*" ($\chi2=8{,}72$, df=3, przy $\alpha=0{,}05$, V Cramera=0,29)

Akceptacja formy zwrotu „*pani plus nazwisko*" (N=100)				
Stan cywilny	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Zamężna/żonaty	37	37%	24	24%
Rozwiedziona/ rozwiedziony	3	3%	3	3%
Wdowa/wdowiec	14	14%	10	10%
Panna/kawaler	4	4%	5	5%

Podobnie jak wyrażenie „*pani plus nazwisko*", *także forma zwrotu* „*pani plus zdrobnienie imienia*" jest akceptowana przez ponad połowę ankietowanych (60%). Jedna piąta respondentów (19 %) zaznaczyła odpowiedź „*zdecydowanie tak*", zaś 41% „*raczej tak*", pozostałe osoby nie akceptują tej formy zwrotu. Na podstawie analizy statystycznej wnioskuje się, że nie zachodzi zależność między płcią ($\chi2=2{,}25$ df=1, przy $\alpha=0{,}05$), wykształceniem ($\chi2=5{,}46$, df=3, przy $\alpha=0{,}05$), stanem cywilnym ($\chi2=1{,}09$, df=3, przy $\alpha=0{,}05$), miejscem zamieszkania ($\chi2=0{,}71$, df=1, przy $\alpha=0{,}05$) a akceptacją formy „*pani plus zdrobnienie imienia*".

Nie należą do rzadkich zasłyszane sytuacje, w których pielęgniarki zwracając się do chorych rozpoczynają rozmowę słowami wręcz „*pieszczotliwymi*" typu: „*kochanie*", „*skarbie*", „*rybko*". Pielęgniarki najczęściej tego typu zwrotów używają w stosunku do pacjentów w starszym wieku. Na pytanie: „*Czy którąś z podanych form zwracania się pielęgniarki do chorego uważa Pan(i) za dopuszczalną?*" zdecydowana większość badanych odpowiedziała, że nie dopuszcza stosowania przez pielęgniarkę określeń typu: „*rybko*", „*misiu*", „*kochanie*", „*babciu*", „*dziadku*", bądź zwracania się do nich w formie „*bezosobowej*". Wyniki analizy zilustrowano na wykresie 2.

Wykres 2. Dopuszczalne formy zwracania się pielęgniarki do pacjenta



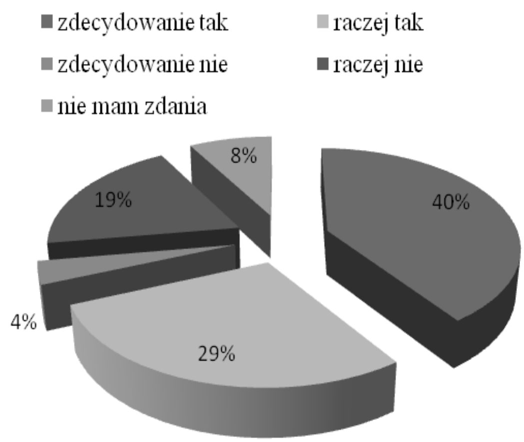
Z przeprowadzonej analizy statystycznej zebranego materiału wykazano, że nie ma zależności między płcią (χ2=0,51, df=1, przy α=0,05), stanem cywilnym (χ2=3,38), df=3, przy α=0,05), miejscem zamieszkania (χ2=0,82, df=1, przy α=0,05) a deklaracją czy formy nadmiernie ugrzecznione, *„pieszczotliwe”* są przez pacjentów seniorów akceptowane. Wykazano zależność pomiędzy wykształceniem (χ2=14,33 df=3, przy α=0,05, V Cramera=0,37) a akceptacją formy nadmiernie ugrzecznionej, pieszczotliwej. Dane przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Charakterystyka wykształcenia i akceptacja form *„pieszczotliwych”*, nadmiernie ugrzecznionych typu: *„skarbie”*, *„rybko…”*
(χ2=14,33 df=3, przy α=0,05, V Cramera=0,37)

Akceptacja formy zwrotu typu: *„skarbie”*, *„rybko”*… (N=100)				
Wykształcenie	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Średnie	6	6%	40	40%
Zawodowe	10	10%	17	17%
Wyższe	0	0%	23	23%
Podstawowe	0	0%	4	4%

Zdecydowana większość badanych seniorów nie zgadza się także na formy typu: *„babciu”*, *„dziadku”*. Dane przedstawiono na wykresie 3.

Wykres 3. Akceptacja formy zwrotu typu: *„babciu”*, *„dziadku”*

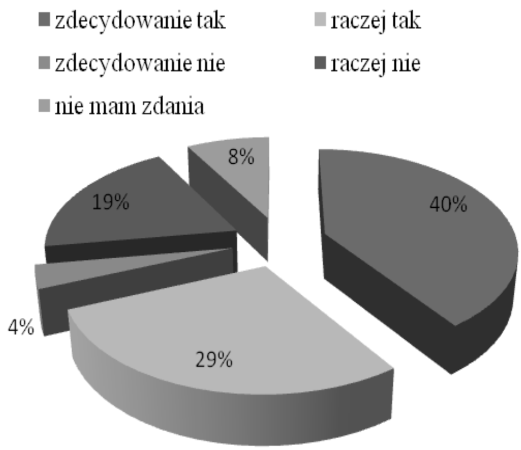


Odpowiedzi *„zdecydowanie nie”* udzieliła prawie połowa respondentów, tyleż samo spośród ankietowanych odpowiedziało *„raczej nie”*.

Z analizy statystycznej zebranego materiału wynika, że nie ma zależności między płcią ($\chi2=5,71$, df=1, przy $\alpha=0,05$), wykształceniem ($\chi2=5,41$, df=3, przy $\alpha=0,05$), stanem cywilnym ($\chi2=1,55$, df=3, przy $\alpha=0,05$), miejscem zamieszkania ($\chi2=0,71$, df=1, przy $\alpha=0,05$) a zgodą na stosowanie formy typu *„babciu”*, *„dziadku”*.

Na pytanie: *„Czy przed objęciem dyżuru, pielęgniarka powinna się przedstawić?”* Większość spośród ankietowanych jest zdania, że pielęgniarka obejmująca dyżur powinna się przedstawić. Takiej odpowiedzi udzieliła zdecydowana większość badanych. Zdania przeciwnego była jedna czwarta grupy. Poddając dane analizie statystycznej stwierdza się, że nie zachodzi zależność między płcią osób starszych ($\chi2=3,11$, df=1, przy $\alpha=0,05$), wykształceniem ($\chi2=3,52$, df=3, przy $\alpha=0,05$), stanem cywilnym ($\chi2=3,34$, df=3, przy $\alpha=0,05$), miejscem zamieszkania ($\chi2=0,13$, df=1, przy $\alpha=0,05$) a deklaracją czy pielęgniarki powinny się przedstawić przed objęciem dyżuru. Wyniki badań zaprezentowano na wykresie 4.

Wykres 4. Przedstawianie się chorym podczas pierwszego kontaktu, lub przed objęciem pracy z seniorem



Szczególnego znaczenia nabiera dialog ludzi, którzy znaleźli się w niecodziennych warunkach. Taką sytuacją jest hospitalizacja albo wizyta w placówce podstawowej opieki zdrowotnej i spotkanie pielęgniarki z pacjentem. Osoby przychodzące po pomoc często mają problem z odnalezieniem się w nowym miejscu, każdy oddział czy przychodnia rządzi się swoimi prawami, obowiązuje tam właściwy harmonogram wszystkich czynności, gdzie pracuje cały zespół ludzi, złożony z lekarzy, pielęgniarek, techników, laborantów. Przed pacjentem stają wyzwania, główne to utrata autonomii i wsparcia. Pacjenci lecznictwa zamkniętego obawiają się nie tylko zaistniałej choroby i procesu leczenia, ale i nieznanego środowiska[5]. Wydaje się, że sam wstęp do rozmowy ma znaczenie na powodzenie dalszych relacji. Wiadome jest, że na prawidłową komunikację wpływa wiele czynników. Chcąc osiągać zamierzone cele komunikacyjne, jak podaje Małgorzata Marcjanik, należy mówić w taki sposób, aby odbiorca czuł się w kontakcie z nadawcą dobrze, to znaczy był przez niego akceptowany i szanowany, czuł, że nadawca mówi prawdziwie, szczerze, nie realizując przy tym celów dla odbiorcy niejasnych. Dodatkowo odbierał adresowany do niego tekst wypowiedzi, jako estetyczny[6].

Rozmowa staje się łatwiejsza, gdy członkowie danej zbiorowości czy grupy stosują zwroty grzecznościowe także, te związane z powitaniem. Ludzkie ciało to główny przekaźnik kodów prezentacyjnych, które przenoszą różne rodzaje znaczeń takich jak kontakt fizyczny, dystans, orientacja (po-

5 P. Salmon, *Psychologia w medycynie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
6 M. Marcjanik, *Grzeczność w komunikacji językowej*, PWN, Warszawa 2014.

zycja, którą przyjmujemy), wygląd zewnętrzny (informacja o naszej osobowości, statusu społecznego), kiwanie głową, wyraz twarzy, gesty, postawa, kontakt wzrokowy, niewerbalne aspekty mowy[7]. Kultura prowadzenia rozmowy z osobą starszą, chorą, potrzebującą pomocy powinna opierać się na grzeczności służącej dobremu nastawieniu odbiorcy do nadawcy. Zwykłe uściśnięcie dłoni pozwala niekiedy nawiązać więź z pacjentem, której nie zastąpi najdoskonalsza komunikacja werbalna. Starzenie się jest naturalnym procesem przebiegającym u poszczególnych osób w sposób indywidualny i przybiera różną dynamikę, a stale wydłużające się życie wymaga coraz bardziej profesjonalnej opieki. Pielęgniarka musi być świadoma możliwości wystąpienia błędów w procesie komunikacji wynikających z braku znajomości specyfiki starzenia się człowieka. Jednym z częściej powtarzających się jest okazywanie dominacji. Wyrażana najczęściej przez specyficzny język ludzi dorosłych tzw. *baby talk* (mowa do dzieci). Charakteryzuje tę mowę stosowanie większej liczby powtórzeń, zdań rozkazujących oraz zdrobnień. Kontrowersję budzi mowa pielęgniarki opierająca się na nadmiernym ugrzecznieniu, infantylizującym sposobie rozpoczynania rozmowy. Można założyć, że pielęgniarka stosująca taką formę zwracania przypisuje pacjentowi podległą rolę, a wręcz status bezradnego dziecka. Nie należy do rzadkości u tych osób rozpoczynanie rozmowy słowami wręcz pieszczotliwymi typu: misiu, kochanie, skarbie, babciu, babuniu, dziadku. Wojciech Nyklewicz podaje, że pielęgniarka stosująca tzw. egocentryczny styl komunikowania się w relacji z pacjentem, koncentruje się głównie na własnej perspektywie zawodowej. Ma tendencje do przypisywania sobie pozycji wyższej niż pacjentowi. Spostrzega siebie jako osobę najlepiej znającą potrzeby pacjenta w danej chwili[8].

Każde spotkanie z pielęgniarką, jak podaje Daniel Goleman, może być dla pacjenta szansą uzyskania otuchy i pociechy, albo odwrotnie jeśli brakuje umiejętności prowadzenia dialogu to wręcz powodem do rozpaczy[9]. W placówkach medycznych dominuje tendencja do tworzenia profesjonalnego świata usług medycznych, gdzie wymogi instytucjonalne sprawiają, że pierwszeństwo przypisuje się skrupulatnemu rozliczaniu procedur medycznych, w których nie ma miejsca dla indywidualizacji opieki pielęgniarskiej uwzględniającej preferencje, zwyczaje i przyzwyczajenia pacjenta. Pielęgniarki często spieszą się albo odnoszą się obojętnie do źródeł lęku pacjenta. Jest to niepokojące zjawisko ponieważ coraz częściej pacjentem jest senior. Dlatego można założyć, że bardziej osobisty zwrot taki jak: *„pani plus imię"* np. (pani Mario), mógłby nabrać szczególnego znaczenia

7 J. Fiske, *Wprowadzenie do badań nad komunikowaniem*, „ASTRUM", Wrocław 2008.

8 W. Nyklewicz, *Podstawy teoretyczne procesu komunikowania* [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie.*

9 D. Goleman, *Inteligencja emocjonalna*, Wydawnictwo „Media Rodzina", Poznań 2005.

w nawiązywaniu autentycznej więzi w sytuacji trudnej, jaką jest choroba i związana z nią hospitalizacja.

Ostatnio coraz powszechniejsze staje się używanie zwrotów *„pani plus imię*”, w podstawowej opiece zdrowotnej (np. zapraszając pacjenta do gabinetu), a nie jak jeszcze do niedawna stosując zwrot *„pani plus nazwisko*”. Prawdopodobnie jest to działanie podyktowane przez obowiązującą ustawę o ochronie danych osobowych. Prezentowane badania pokazały, że aż 87% starszych pacjentów akceptuje formę zwrotu *„pani plus imię*”. Jednak należy pamiętać, że w pielęgniarstwie pewną rolę odgrywa intuicja, umiejętność dostosowywania się do danej sytuacji. Dlatego zawsze należy się zastanowić, czy wszyscy pacjenci potrzebują, aby więź między odbiorcą a dawcą świadczenia była duża. Badania pokazują, że dla 13% spośród badanych bardziej osobisty zwrot *„pani plus imię*” może być irytujący i lepiej go unikać. Może w sposób negatywny wpłynąć na dalszą rozmowę.

Współcześnie w każdej niemal dziedzinie dochodzi raczej do spłycania relacji między ludźmi. Wiąże się to na ogół z brakiem zaufania, częściej ludzie spotykają się z sobą z poczucia obowiązku niż z radości bycia razem. Współczesny pośpiech, zorientowanie na indywidualny sukces sprawia, że coraz częściej dostrzega się znieczulicę na problemy innych, a także rosnące pretensje, poczucie krzywdy i wrogość. Badania CBOS z 2006 roku, pokazują, że w Polsce dominuje niski poziom zaufania do innych osób. Na pytanie: *„Czy ludziom można ufać?*” 72% badanych odpowiedziała, że należy być bardzo ostrożnym, tylko 26% było zdania, że tak [10].

Postęp, jaki dokonuje się nieustannie w medycynie spowodował, że pobyt w szpitalu jest ograniczony do minimum. Dzisiaj ochrona danych osobowych, wymusza anonimowość. Problemem staje się zebranie wywiadu pielęgniarskiego, dotyczącego chociażby sytuacji rodzinnej czy występowania nałogów. W szpitalu jest wiele sytuacji, kiedy należy ustalić tożsamość pacjenta zwracając się do chorego *„imię plus nazwisko*”. W prostych czynnościach np. podczas karmienia wystarczyłoby słowo *„pani*” w formie bezosobowej. Dialog i spotkanie pielęgniarki z pacjentem w szpitalu ogranicza się do minimum pod presją czasu. Pielęgniarstwo, powtarzając za Kazimierą Zdziebło, jest swego rodzaju posłannictwem i zarazem sztuką. Przedstawiciele tego zawodu, troszczący się o życie i zdrowie innych są szczególnie powołani do dawania etycznego świadectwa [11].

Wydaje się, że każde działanie na rzecz budowania tożsamości zawodowej, a także lepszego postrzegania tej profesji ma znaczenie. Pielęgniarka nie powinna być osobą anonimową w czasie sprawowania opieki i nie

---

10 B. Wciórka, *Diagnoza społeczna 2007. Zaufanie społeczne w latach 2002-2008.* Raport CBOS, luty 2008.

11 K. Zdziebło, *Aspiracje i motywy wyboru zawodu przyszłych profesjonalistów opieki zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo” XXI wieku 2005 nr 3, s. 17-22.

wystarczy identyfikator na mundurku pielęgniarskim. Za kulturą osobistą pielęgniarek przemawia także powitanie chorego w momencie przyjęcia do oddziału, jak i przed objęciem każdego dyżuru. Przedstawianie się chorym powinno być obowiązkiem każdej pielęgniarki, bowiem nadaje to podmiotowości pracy z chorym i niewątpliwie wpływa na pozytywny odbiór świadczonej opieki pielęgniarskiej przez hospitalizowane osoby.

Wnioski:

1. Osoby starsze w sytuacji korzystania z placówek medycznych uznały, że najbardziej odpowiednimi formami zwracania się pielęgniarek do pacjentów są zwroty: *„pani plus imię”* (np. Pani Mario) oraz *„proszę pani”*, akceptują również formę zwrotu: *„pani plus nazwisko”* (np. Pani Kowalska), a także *„pani plus zdrobnienie imienia”* (np. Pani Marysiu), nie akceptują stosowania form *„pieszczotliwych”* typu: *„skarbie”*, *„kochanie”*, nie akceptują zwrotu typu: *„babciu”*, *„dziadku”*.
2. Pacjenci oczekują, aby pielęgniarki przed objęciem dyżuru przedstawiały się.

The way of calling patient by nurses in medical institutions

The problem of communication in relation between nurse and her patient seems to be pivotal in whole care process or help granted to ill persons. It's a lot of things which can disturb process of communication. For example, new forms of communication in the world influence on communication between people in many different areas. Nowadays in new situations seems not to be appropriate to use more official forms like *per Mister/ Miss.*

Knowledge of opinion persons' who stay in hospital about adresses' forms nurse to patient has influence on good relation during therapy. Inappropriate way of calling somebody nurse to patient depreciates recipient, it demonstrates advantage which is connected to occupation's competence or patient's age.

Purpose of this research was knowledge of opinion's aged patients, who use medical institutions, on the subject of the best adresses' forms nurse to patient.

*Material&methods***.** In this research took part 100 patients-seniors who was staying in medical institutions- hospitals and clinics in January 2015. The average age was 71,05 years. The metod of research was diagnostic sur-

vey, was carried out using questionnaires. The research tool was questionnaire done of own authorship. Statistical study was done with Chi-squared test (χ2) and V Cramer test.

*Results***.** The research proved that aged persons, while using medical institutions, accepted as the most

a appropriate form: *Mrs plus name* and phrase: *please madame*. In most cases patients accept also form: *Mrs plus surname* (e.g. Mrs Kowalska) and *Mrs plus diminutive of name*, but they don't accept caressing forms like: honey, darling etc. and phrase like: grandma, grandpa. Patients expect nurse introduce yourself before starting their job.

Bibliografia

Dobek-Ostrowska B., *Podstawy komunikowania społecznego,* Wydawnictwo „Astrum", Wrocław 2002.

Goban T., Klas T., *Media i komunikowanie masowe*, PWN, Warszawa 2008.

Fiske J., *Wprowadzenie do badań nad komunikowaniem*, ASTRUM, Wrocław 2008.

Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań 2005.

Lewko J., Komunikowanie z ludźmi starymi, [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.), „CZELEJ", Lublin 2003.

Marcjanik M., *Grzeczność w komunikacji językowej,* PWN, Warszawa 2011.

Nyklewicz W., *Podstawy teoretyczne procesu komunikowania,* [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie,* „CZELEJ", Lublin 2003.

Salmon P., *Psychologia w medycynie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne,Gdańsk 2002.

Wciórka B., *Diagnoza społeczna 2007, Zaufanie społeczne w latach 2002-2008*. Raport CBOS, luty 2008.

Zdziebło K., *Aspiracje i motywy wyboru zawodu przyszłych profesjonalistów opieki zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo XXI wieku", 2005 nr 3.

Tomasz Różański

Wybrane problemy czasu wolnego ludzi starszych w Polsce

Wstęp

Jak wynika z badań prowadzonych od kilkudziesięciu lat, polscy seniorzy preferują głównie bierność, a ich codzienna aktywność koncentruje się przede wszystkim wokół spraw rodzinnych[1]. Nierzadko zachowania takie stanowią konsekwencję problemów natury ekonomicznej, często jednak jest to wynik braku umiejętności organizowania swego życia[2]. Z drugiej strony, zmiany polityczne i gospodarcze, jakie dokonały się w Polsce po 1989 roku, przyczyniły się do likwidacji wielu ważnych instytucji upowszechniania kultury, w tym bibliotek, świetlic, domów kultury i innych. W rezultacie pozostawiono ograniczone możliwości wyboru form aktywności dostępnych dla osób w wieku późnej dorosłości, zwłaszcza tych, które na stałe mieszkają w środowiskach wiejskich i małomiasteczkowych[3]. Według D. Jankowskiego: „Poziom życia ludzi starszych (…) zależy nie tylko od zdrowia, zasobów ekonomicznych i ich pozycji w społeczeństwie (…) ale też – w określonym stopniu i zakresie – od własnej aktywności edukacyjnej, kulturalnej i rekreacyjnej"[4].

Osoba starsza najczęściej jest wolna od obowiązków związanych z pracą zawodową oraz opieką nad dziećmi, które zwykle usamodzielniają się[5].

---

1 Por. E. Trafiałek, *Czas wolny i wypoczynek ludzi starszych w dobie polskich przemian systemowych,* „Kieleckie Studia Pedagogiczne i Psychologiczne", 1999, t. 12, s. 205-206; M. Brzezińska, *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Difin, Warszawa 2011, s. 64-65; E. Trafiałek, Starość w Polsce, [w:] T. Pilch, T. Sosnowski (red.), *Zagrożenia człowieka i idei sprawiedliwości społecznej*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2013, s. 198-199; M. Zrałek, *Społeczne konteksty starzenia się w Polsce*, [w:] A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zrałek, *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*, Wyd. PWSZ, Oświęcim 2014, s. 34-35.

2 E. Trafiałek, *Czas wolny i wypoczynek…*, s. 205-206.

3 E. Erazmus, E. Trafiałek, *Turystyka, rekreacja i inne formy aktywności jako źródło sprawności życiowej ludzi starych (refleksja teoretyczna a rzeczywistość)*, Wyd. WSE, Warszawa 1997, s. 24.

4 D. Jankowski, *Ludzie starzejący się. Edukacja, aktywność kulturalna i rekreacja (szkic diagnozy i prognozy)*, „Studia Edukacyjne", 2008, nr 8, s. 57.

5 M. Halicka, J. Halicki, *Czas wolny i aktywność społeczna ludzi starszych na Podlasiu na przykładzie badań w środowisku miejskim i wiejskim,* [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna,*

Czas wolny staje się więc zasadniczym komponentem w jej całościowym budżecie czasu[6]. Sposób jego wykorzystania przez seniora zależy natomiast w dużej mierze od stopnia oraz stylu jego aktywności[7]. Niniejszy artykuł poświęcono wybranym problemom czasu wolnego ludzi starszych w Polsce. Szczególną uwagę zwrócono na zagadnienie zagospodarowania czasu wolnego przez osoby starsze oraz problem przygotowania seniorów do racjonalnego jego wykorzystania.

Aktywność człowieka w okresie starości

Co rozumie się przez starość? Zdaniem J. Piotrowskiego, starość stanowi zjawisko kulturowe, wywołane na podłożu biologicznym, które wiąże się z osłabieniem sił. Łączenie początku starości z wiekiem chronologicznym 60, 65 czy 70 lat ma jedynie charakter umowny, uległo upowszechnieniu wraz z systemem zabezpieczeń społecznych[8].

Jak podaje E. Trafiałek, starość jest naturalnym etapem życia, jaki następuje po młodości i dojrzałości, stanowi fazę kończącą dynamiczny proces starzenia się[9]. Starość utożsamia się „ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowywania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym, nierzadko też z pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna)"[10]. Łączenie ze starością ograniczeń biopsychicznych, problemów zdrowotnych i sprawnościowych przyczynia się do tego, że często wpisywana jest ona w stereotyp degradacji oraz społecznej marginalizacji[11].

Starość to ostatni etap życia, trudno jednak dokładnie określić, kiedy się rozpoczyna. Część badaczy wyróżnia wczesną i późną starość. Wczesna starość odnosi się do osób w wieku od 65 do 74 lat, późna starość rozpoczyna się natomiast po 75 roku życia[12]. Zgodnie z klasyfikacją WHO faza

kulturalna i oświatowa seniorów, WSA, Bielsko-Biała 2008, s. 48.

6 A. Tokaj, *U progu starości (studium socjopedagogiczne)*, Wyd. Eruditus, Poznań 2000, s. 105.

7 M. Halicka, J. Halicki, *Czas wolny i aktywność…*, s. 48.

8 Za: G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyd. WSP, Olsztyn 1999, s. 12; Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki,* Wyd. Naukowe AP, Kraków 2004, s. 22.

9 E. Trafiałek, *Starość*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5, Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa 2006, s. 945.

10 Tamże.

11 Tamże.

12 N. Pikuła, *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych,* Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum", Wyd. WAM, Kraków 2011, s. 12.

starości obejmuje trzy okresy: wczesną starość (60-74 rok życia), późną starość (75-89 rok życia) i długowieczność (powyżej 90 roku życia)[13]. Adam Bochenek wskazuje natomiast na trzy stopnie, jakie można wyodrębnić w okresie starości: I stopień – 60-70 rok życia, II stopień – 70-80 rok życia, III stopień – 80-90 rok życia i więcej[14].

Przejście na emeryturę stanowi dla człowieka swego rodzaju wyzwanie, zakończenie aktywności zawodowej wiąże się bowiem z „koniecznością podjęcia nowych zadań czy czynności, których celem jest zastąpienie dotychczas wykonywanej pracy. Lukę powstałą wskutek przejścia na emeryturę, trzeba zapełnić innego rodzaju aktywnością, a czasem nawet kompleksową zmianą dotychczasowego stylu życia"[15]. Sposób organizacji życia po przejściu na emeryturę może zależeć od różnorakich czynników, np. od płci, sytuacji ekonomicznej, sytuacji rodzinnej, cech osobowości, stanu zdrowia, dotychczas podejmowanych form aktywności[16].

Można wskazać na rozmaite typologie postaw seniorów wobec własnej starości[17]. Dla przykładu, C.S. Ford wyodrębnia następujące typy postaw: regresję (polega na wymuszaniu pomocy w życiu codziennym, mimo iż stan zdrowia tego nie wymaga), ucieczkę (to zmiana miejsca zamieszkania w celu wyzwolenia się z trudnej sytuacji, nierzadko niesłusznie tak ocenianej), dobrowolną izolację od otoczenia (polega na przejawianiu biernej postawy i ograniczonym uczestnictwie w życiu społecznym), przewrotne postępowanie (to dążenie do uzyskania wyższej pozycji i zainteresowania innych swoją osobą), integrację i dostosowanie (polega na włączaniu się – bez względu na stan fizyczny – do życia społecznego)[18].

Wycofywanie się z życia społecznego i zawodowego może powodować niebezpieczeństwo niewłaściwego przystosowania się do starości oraz wystąpienia licznych trudności[19]. Jak zauważa G. Orzechowska: „Wycofywanie nie jest wyłącznie procesem negatywnym. Często bowiem podejmowa-

---

13 Za: S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Wyd. PWN, Warszawa 2011, s. 20-21.

14 Za: B. Janowska, *Psychospołeczne i andragogiczne determinanty przystosowania się do starości ludzi „trzeciego wieku",* [w:] Z. Brańka (red.), *Z problematyki pedagogiki społecznej i opiekuńczej,* Oficyna Wydawnicza Test, Kraków 1995, s. 178.

15 K. Szczeszek, *Spokojny wieczór życia? – rozważania nad czasem wolnym w okresie starości,* [w:] A. Tokaj (red.), *Starość w perspektywie studiów pedagogicznych,* Wyd. WSH, Leszno 2008, s. 124-125.

16 P. Woszczyk, *Style życia ludzi starych, czyli co robić z czasem wolnym na emeryturze*, [w:] W. Muszyński (red.), *„Małe tęsknoty?". Style życia w czasie wolnym we współczesnym społeczeństwie*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 126-127.

17 Por. I. Muchnicka-Djakow, *Czas wolny w klubie seniora*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1984, s. 16-18; B. Szatur-Jaworska, *Problemy przystosowania do starości*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej,* Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 59-60.

18 I. Muchnicka-Djakow, *Czas wolny*…, s. 16.

19 G. Orzechowska, *Aktualne problemy*…, s. 15.

ne są czynności dotychczas dla pewnej grupy osób starszych niedostępne. Powraca się np. do swoich zainteresowań i hobby, które wcześniej z różnych powodów nie mogły być rozwijane. Na pewno jednak ten okres w życiu jest łatwiejszy dla tych osób, które przez całe życie miały wyraźne zainteresowania i zgodnie z nimi ukierunkowaną aktywność”[20].

Potrzeba bycia aktywnym należy do najważniejszych potrzeb człowieka, od podejmowanej aktywności zależy bowiem realizacja wszystkich jego potrzeb[21]. Aktywność stanowi również warunek „odgrywania ról społecznych, funkcjonowania w grupie, bycia w społeczeństwie. Brak aktywności natomiast może powodować utratę akceptacji ze strony otoczenia, a w konsekwencji samotność”[22]. Do ważniejszych czynników, które mogą hamować aktywność człowieka w okresie starości należy zaliczyć: izolację psychiczną i społeczną, trudną sytuację materialną, przeobrażenia warunków środowiskowych, niewystarczającą świadomość w dziedzinie wychowania zdrowotnego, brak określonych form rekreacji, niewystarczające przygotowanie do starości, niewłaściwe nastawienie do starości i osób starszych[23].

Można mówić o dwóch podstawowych koncepcjach dotyczących aktywności ludzi starszych. Pierwsza nawiązuje do postępującej z wiekiem redukcji interakcji człowieka z otoczeniem, braku chęci do podejmowania nowych zobowiązań, zmniejszającego się zainteresowania wydarzeniami świata zewnętrznego. Wycofywanie się z wcześniej pełnionych ról społecznych postrzegane jest w tym przypadku jako gwarancja dobrostanu emocjonalnego człowieka starego[24]. Jak stwierdza Z. Szarota: „Teorie redukcjonistyczne (deprywacji, deficytu) oparte są na błędnych założeniach, wywiedzionych ze stereotypu utożsamiającego starość z chorobą, niedołęstwem, niezdolnością (…). W myśl tych teorii występuje pogorszenie sprawności psychomotorycznej, zmysłów, pamięci, myślenia, uczenia się”[25]. Druga koncepcja zakłada, że warunkiem równowagi emocjonalnej, która przejawia się optymizmem człowieka, jest jego aktywność. Chodzi w tym przypadku o podejmowanie aktywności na miarę sił i możliwości danej osoby[26].

Zagadnienie wycofywania się z życia społecznego i problem podejmowania aktywności przez osoby starsze to ważne kwestie pedagogiczne.

20 Tamże.
21 Tamże, s. 28.
22 M. Dzięgielewska, *Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości,* [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii…,* s. 161-162.
23 G. Orzechowska, *Aktualne problemy…,* s. 16.
24 Z. Szarota, *Gerontologia społeczna…*, s. 46.
25 Tamże.
26 Tamże, s. 46-47.

Istotne wydaje się to, czy i w jakiej mierze aktywność seniorów można stymulować, zachęcać do niej oraz przygotowywać do odkrywania jej wymiarów. Dla pedagogów teoria aktywności stanowi punkt wyjścia do poszukiwania sposobów aktywizacji osób w wieku późnej dorosłości[27].

Wśród rodzajów aktywności istotnych dla osób w wieku senioralnym można wyróżnić (podział dotyczący pól zainteresowań): aktywność domowo-rodzinną (to wykonywanie rozmaitych czynności, jakie są związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego i życiem najbliższej rodziny), aktywność kulturalną (stanowi przede wszystkim przejaw miejskiego stylu życia, dotyczy m.in. czytelnictwa, słuchania radia, oglądania telewizji), aktywność zawodową (pozwala m.in. na zaspokojenie potrzeby uznania, użyteczności i przydatności, chroni przed obniżeniem statusu społecznego), aktywność społeczną (zazwyczaj dotyczy osób, które już wcześniej podejmowały tego rodzaju formy aktywności), aktywność edukacyjną (umożliwia ciągłe doskonalenie siebie, poznawanie nowych zagadnień i ludzi, sprzyja ćwiczeniu umysłu, pamięci), aktywność religijną (wraz z wiekiem wzrasta znaczenie nadawane religii oraz uczestnictwo w jej obrzędach), aktywność rekreacyjną (obejmuje wypoczynek, ruch fizyczny i wykonywanie ulubionych czynności w czasie wolnym)[28].

Problem zagospodarowania czasu wolnego przez osoby starsze

Problematyką czasu wolnego zajmują się m.in. socjologowie, pedagodzy, ekonomiści. Definicje tego pojęcia mogą być więc rozpatrywane z punktu widzenia rozmaitych dyscyplin naukowych[29].

Zdaniem I. Kiełbasiewicz-Drozdowskiej, czasem wolnym określa się czas, jaki pozostaje człowiekowi po wykonaniu czynności koniecznych, a więc „związanych z obowiązkami zawodowymi, rodzinnymi, społecznymi, a także po wykonaniu wszelkich niezbędnych czynności związanych z fizjologią i funkcjonowaniem organizmu człowieka"[30].

Jak utrzymuje A. Kamiński: „*Czas wolny* jest to ta część budżetu czasu, która nie jest zajęta przez pracę zarobkową normalną i dodatkową, ani przez systematyczne kształcenie się uczelniane, ani przez zaspokajanie elementarnych potrzeb fizjologicznych (sen, posiłki, higiena), ani przez stałe obowiązki domowe (gotowanie, pranie, sprzątanie, opieka nad członkami rodziny niezdolnymi do samoobsługi) – i może być spożytkowana bądź

---

27 M. Dzięgielewska, *Aktywność społeczna…*, s. 163-164.

28 G. Orzechowska, *Aktualne problemy…*, s. 28-29; M. Dzięgielewska, *Aktywność społeczna…*, s. 163.

29 M. Napierała, R. Muszkieta, *Wstęp do teorii rekreacji*, Wyd. UKW, Bydgoszcz 2011, s. 118.

30 I. Kiełbasiewicz-Drozdowska, *Zarys rozwoju refleksji teoretycznej nad problematyką rekreacji,* [w:] W. Siwiński, B. Pluta (red.), *Teoria i metodyka rekreacji*, Wyd. AWF, Poznań 2010, s. 9.

na swobodne wczasowanie, bądź na życie rodzinne, obowiązki społeczne i aktywność przynoszącą doraźne korzyści”[31]. Wczasowaniem autor ten nazywa natomiast czas, którym jednostka swobodnie i dobrowolnie dysponuje, przeznaczając go na zabawę, odpoczynek lub podejmowaną z własnej woli pracę umysłową, aktywność społeczną, sportową, artystyczną, techniczną i inną[32].

Czas wolny traktowany jest jako ten, w którym jednostka ma większą aniżeli kiedy indziej możliwość wyboru czynności, jakimi chce się zajmować[33]. Według J. Dumazediera, aktywność człowieka w czasie wolnym (tzw. *loisir*) charakteryzują trzy cechy: dobrowolność, przyjemność i niezarobkowość[34]. Podstawową „zasadą autentycznych działań wypoczynkowych jest zasada dobrowolności, zgodnie z którą jednostka sama decyduje, co chce robić. Człowiek wówczas staje się podmiotem świadomym swych celów i pragnień. Czas wolny jest więc polem, na którym twórczość i podmiotowość człowieka mogą się ujawniać, rozwijać, dojrzewać”[35].

Aktywność jednostki w czasie wolnym może zależeć od rozmaitych czynników. Na przykład R. W. Winiarski, przyjmując za kryterium rodzaj czynników, wyodrębnia cztery ich grupy: czynniki biologiczne (np. stan zdrowia, poziom sprawności fizycznej), czynniki społeczno-demograficzne (np. płeć, wiek), czynniki gospodarczo-ekonomiczne (np. sytuacja materialna, ilość czasu wolnego), czynniki psychiczne (determinanty o charakterze nawykowym i osobowościowym)[36]. Czas wolny, którym dysponują osoby starsze, nie dla wszystkich jest tak samo rozległą płaszczyzną życia[37]. Jak podaje K. Banach: „Jego wymiar różnicuje się [m.in. – przyp. aut.] w grupach płci, wieku, stanu cywilnego (…), a na sposób spędzania go dodatkowo wpływają takie czynniki, jak: źródło utrzymania i wysokość uzyskiwanych dochodów, wykształcenie, przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej”[38].

---

31 A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa 1974, s. 352.

32 Tamże.

33 K. Przecławski, *Czas wolny dzieci i młodzieży,* [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997, s. 75.

34 Tenże, Wstęp, [w:] K. Przecławski (red.), *Czas wolny dzieci i młodzieży,* WSiP, Warszawa 1978, s. 8.

35 W. Wnuk, *Czas wolny osób starszych – problem rzeczywisty czy wymyślony?,* [w:] E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej*, Wyd. MarMar, Wrocław 2006, s. 51.

36 R. W. Winiarski, *Wstęp do teorii rekreacji (ze szczególnym uwzględnieniem rekreacji fizycznej)*, Wyd. AWF, Kraków 1989, s. 85-86.

37 K. Banach, *Czas wolny w życiu ludzi starszych (Komunikat z badań)*, [w:] B. Bugajska (red.), *Życie w starości,* Wyd. ZAPOL, Szczecin 2007, s. 404.

38 Tamże.

Człowiek po przejściu na emeryturę może dysponować większą aniżeli wcześniej ilością czasu wolnego, realizując jego podstawowe funkcje[39]. A. Kamiński zalicza do nich: funkcję odpoczynku, zabawy i pracy nad sobą. Istotą odpoczynku jest odreagowanie fizycznego zmęczenia oraz psychicznego znużenia. Zabawa ma na celu przeciwdziałanie nudzie, urozmaicanie życia i przedłużanie młodości. Praca nad sobą służy natomiast zaspokojeniu potrzeby samorozwoju, która może być realizowana w rozmaitych postaciach samokształcenia (np. intelektualne, fizyczne, artystyczne)[40].

Osoby starsze, zwykle wolne od obowiązków związanych z pracą zawodową, dysponujące „czasem wolnym, mają szerokie możliwości samorealizacji, uprawiania hobby, rozwijania bądź realizowania wcześniej ukształtowanych zainteresowań"[41]. Istotną rolę należy przypisać aktywności intelektualnej ludzi starszych, która umożliwia im zaspokajanie potrzeb poznawczych. Może być to np. uczestnictwo w różnego rodzaju akcjach popularnonaukowych, jakie organizowane są przez rozmaite instytucje czy organizacje społeczne, np. kluby seniora, domy kultury, towarzystwa naukowe, Uniwersytety Trzeciego Wieku. Spotkania takie stwarzają także możliwość poznawania nowych ludzi oraz utrzymywania kontaktów, co nierzadko chroni przed samotnością, a także poszerza obszar zainteresowań osób starszych. Ważna jest też aktywność fizyczna seniorów, zwiększająca szanse na utrzymanie zdrowia i zachowanie sprawności psychofizycznej[42]. Zorganizowany we właściwy sposób „czas wolny przywraca osobom starszym autonomię i znosi przykre napięcie emocjonalne. Pomaga również w zwalczaniu dolegliwości fizycznych"[43].

Istotnym problemem w kontekście niniejszych rozważań jest zagadnienie wychowania do starości. Problematyce tej wiele uwagi poświęcił A. Kamiński. Jego zdaniem, „podstawowe wytyczne przygotowywania do starości polegają na realizowaniu (…) życiowej aktywności, a szczególnie pracy cenionej i użytecznej, oraz na wzmacnianiu tendencji do zaspokajania zainteresowań i wrażliwości na wszystko, co nowe, a także na utrzymywaniu kontaktów towarzyskich i szerszych społecznych, aby nie dopuszczać do samotności. Potęgowanie tych tendencji wymaga kompleksowego oddziały-

39 I. Muchnicka-Djakow, *Czas wolny…*, s. 22.

40 Za: tamże.

41 A. Kieszkowska, *Przegląd badań nad aktywnością ludzi starzejących się i starych*, [w:] A.A. Zych (red.), *Demograficzne i indywidualne starzenie się. Wyzwania edukacyjne*, Wyd. AŚ, Kielce 2001, s. 52.

42 A. Nowicka, K. Błażewicz, *Preferowane formy wykorzystywania czasu wolnego przez uczestników Klubu Seniora w Nowym Tomyślu*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2006, s. 258.

43 W. Klapa, A. Kamińska, *Rozpoznawanie potrzeb wolnoczasowych osób starszych poprzez wykorzystanie wybranych narzędzi diagnostycznych*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku" 2009 z. 1(1), s. 38.

wania na ich uświadomienie oraz nabywania odpowiednich potrzeb, przyzwyczajeń i umiejętności"[44]. Rezultatem wychowania do starości powinno być doprowadzenie do tego, aby człowiek rozumiał i akceptował zmiany stanowiące jej udział[45]. Dlatego też już od wczesnej młodości i w fazie dorosłości ważne jest utrwalanie nawyków, które będą korzystne dla człowieka po przejściu na emeryturę. Wychowanie to musi mieć charakter ciągły[46]. Jak utrzymuje I. Muchnicka-Djakow: „Wychowanie ciągłe – to dyrektywa, która głosi, że niezależnie od wcześniejszego wprowadzenia ludzi w potrzeby czasu wolnego w każdej fazie życia (…), także w okresie emerytalnym można i należy wzbogacać wiedzę, umiejętności i nawyki osób starszych, odnoszące się do zdrowej, aktywnej i pożytecznej starości. Psychologowie dowodzą, iż uczenie osób starszych może być skuteczne, praktycy natomiast dostarczają dowodów, iż jest to możliwe"[47].

Zagadnienia czasu wolnego są coraz częściej podejmowane przez badaczy, którzy zajmują się problematyką związaną z osobami w starszym wieku[48]. K. Banach podaje, że w świetle dotychczas przeprowadzonych analiz statystycznych współczesny polski senior „jawi się przede wszystkim jako domator, utyskujący na izolację, osamotnienie, na nadmiar czasu, krzątający się wokół domu, preferujący pasywny styl życia – niedający mu specjalnego zadowolenia. Pozostałe potencjalne płaszczyzny aktywności, takie jak rozrywka, edukacja, turystyka czy kultura, pozostawały na ogół poza zasięgiem zainteresowań i możliwości"[49]. Potwierdzają to m.in. badania zrealizowane przez M. Halicką i J. Halickiego[50], których wyniki wskazują na dominację biernego stylu życia ludzi starszych w Polsce (badani najczęściej wykorzystywali swój wolny czas na oglądanie telewizji, słuchanie radia lub czytanie gazet). Podobne wyniki uzyskała w przeprowadzonych przez siebie badaniach P. Woszczyk[51].

Z przeglądu badań dokonanego przez M. Brzezińską[52] wynika, że problem zagospodarowania zbyt dużej ilości czasu wolnego dotyczy ok. 30% seniorów. Są to osoby najstarsze, stanu wolnego, które nie biorą udziału w praktykach religijnych. Do najczęściej wybieranych przez ludzi starszych form spędzania czasu wolnego należą: oglądanie programów telewizyjnych, słuchanie radia, drzemka, życie domowe i rodzinne, praktyki

44 A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki…*, s. 369.
45 Z. Szarota, *Gerontologia społeczna…*, s. 58.
46 I. Muchnicka-Djakow, *Czas wolny…*, s. 36.
47 Tamże.
48 P. Woszczyk, *Styl życia…*, s. 128.
49 K. Banach, *Czas wolny…*, s. 405.
50 M. Halicka, J. Halicki, *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk 2003, s. 205.
51 P. Woszczyk, *Styl życia…*, s. 129.
52 M. Brzezińska, *Proaktywna…*, s. 64-65.

religijne, czytanie czasopism i książek, praca na działce, spotkania towarzyskie, spacery. Wśród najrzadziej podejmowanych czynności w czasie wolnym znalazły się natomiast: robótki ręczne, podróże, sport, aktywność społeczna, działalność w parafii, udział w życiu kulturalnym (np. korzystanie z oferty biblioteki, kina, teatru, muzeum). Większość respondentów spędza swój wolny czas w domu. Czynności kobiet i mężczyzn w czasie wolnym są bardzo zbliżone, kobiety tylko nieco częściej od mężczyzn zajmują się pracami związanymi z prowadzeniem gospodarstwa domowego, opieką nad wnukami oraz pomocą innym członkom rodziny, mężczyźni natomiast częściej od kobiet poświęcają czas pracom na działce oraz uzyskiwaniu dodatkowych środków finansowych. Dominacja pasywnego stylu życia wynika przede wszystkim ze złego stanu zdrowia i niekorzystnej sytuacji materialnej ludzi starszych. Mają na nią wpływ również „rozpowszechnione wzory spędzania wolnego czasu oraz brak utrwalonych nawyków aktywności i systematycznego uczestnictwa społecznego”[53].

Opierając się na wynikach przeprowadzonych badań, M. Halicka i J. Halicki wyodrębnili pięć typów aktywności, jakie realizowane są w czasie wolnym przez osoby starsze. Zaliczyli do nich: aktywność rekreacyjno-hobbistyczną (obejmującą spacery, zajęcia sportowe, prace na działce bądź w ogródku, uprawianie zajęć „miłośniczych”, takich jak np. malarstwo, rękodzieło, a także korzystanie z oferty kina czy teatru), aktywność receptywną (obejmującą np. oglądanie programów telewizyjnych, słuchanie radia, czytanie gazet i książek; aktywność ta realizowana jest zazwyczaj w warunkach domowych), aktywność zorientowaną publicznie (obejmuje ona działalność społeczną i polityczną, ale też publiczną działalność w parafii), aktywność integracyjną (obejmującą spotkania i rozmaite formy działań, zwłaszcza o charakterze naukowo-szkoleniowym i towarzyskim, np. spotkania w klubie seniora, kole gospodyń, zajęcia w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, spotkania ze znajomymi, aktywność ta może dotyczyć też działalności charytatywnej), inne rodzaje aktywności (formy aktywności, które nie mieszczą się w wyżej opisanych). Największym zainteresowaniem wśród respondentów cieszyła się aktywność receptywna i integracyjna[54].

Uwagi końcowe

Podsumowując powyższe rozważania, należy zauważyć, że czas wolny pełni wiele ważnych funkcji w życiu społecznym. We współczesnych społeczeństwach demokratycznych stanowi również jeden z istotnych wskaźni-

53 Tamże, s. 65.
54 M. Halicka, J. Halicki, *Integracja społeczna…*, s. 207.

ków jakości życia[55]. Zgodnie ze środowiskowym sposobem rozumienia wychowania, ważnym problemem jest stworzenie warunków do zaspokajania potrzeb jednostkom oraz grupom społecznym, jakie wynikają z posiadania czasu wolnego[56]. Dotyczy to bez wątpienia także osób w starszym wieku.

Aktywność podejmowana przez ludzi starszych w czasie wolnym może oddziaływać na ich poczucie własnej wartości czy poczucie sensu życia. Stąd tak ważne jest celowe przygotowanie seniorów do konstruktywnego sposobu wykorzystania czasu wolnego[57]. Powinno mieć to miejsce „jeszcze przed okresem emerytalnym, gdyż kształtowanie zainteresowań w starszym wieku jest niezwykle trudne. Polegać to może np. na rozwijaniu zainteresowań pozazawodowych oraz, w szerszym kontekście, na zwalczaniu poglądu, że przejście na emeryturę oznacza kres wszelkiego aktywnego życia"[58]. Istotne jest również zadbanie o to, by oferta zajęć adresowanych do ludzi starszych uwzględniała ich możliwości finansowe[59], a także indywidualne potrzeby i zainteresowania[60]. Niezbędna jest jednak troska człowieka o jakość własnego życia w różnych jego fazach[61]. Jak stwierdza E. Trafiałek: „Oznacza to potrzebę upowszechniania idei samoodpowiedzialności, »przezorności ubezpieczeniowej«, kreatywności, inwestowania w przyszłość (edukacja, kondycja zdrowotna, kontakty rodzinne i społeczne) oraz świadomego przygotowywania się do swojej starości i związanych z nią ograniczeń"[62].

Selected problems of older people free time in Poland

This article discusses selected issues of older people free time in Poland. The starting point of the discussion was to define the concept of old age. Then the problem of adaptation to old age was indicated and important issues concerning the activity of seniors were discussed. Moreover, the concept of leisure was defined and the factors determining recreational and leisure time activities of older people were characterized. The problem

55 M. Orłowska, *Przymus bezczynności. Studium pedagogiczno-społeczne czasu wolnego bezrobotnych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 7.
56 J. Pięta, Pedagogika czasu wolnego, Zakład Wydawniczy DrukTur, Warszawa 2004, s. 186.
57 M. Brzezińska, *Proaktywna…*, s. 65.
58 Tamże.
59 Tamże.
60 I. Muchnicka-Djakow, *Czas wolny…*, s. 36.
61 E. Trafiałek, *Starość w Polsce…*, s. 199.
62 Tamże.

of education for leisure was also raised. The final part of the article includes references to the results of selected studies of discussed issues.

Bibliografia

Banach K., *Czas wolny w życiu ludzi starszych (Komunikat z badań),* [w:] B. Bugajska (red.), *Życie w starości*, Wyd. ZAPOL, Szczecin 2007, s. 403-410.

Brzezińska M., *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Difin, Warszawa 2011.

Dzięgielewska M., *Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej,* Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 161-181.

Erazmus E., Trafiałek E., *Turystyka, rekreacja i inne formy aktywności jako źródło sprawności życiowej ludzi starych (refleksja teoretyczna a rzeczywistość),* Wyd. WSE, Warszawa 1997.

Halicka M., Halicki J., *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość,* Wydawnictwo UG, Gdańsk 2003, s. 189-218.

Halicka M., Halicki J., *Czas wolny i aktywność społeczna ludzi starszych na Podlasiu na przykładzie badań w środowisku miejskim i wiejskim*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, WSA, Bielsko-Biała 2008, s. 47-59.

Jankowski D., *Ludzie starzejący się. Edukacja, aktywność kulturalna i rekreacja (szkic diagnozy i prognozy)*, „Studia Edukacyjne", 2008, nr 8, s. 57-75.

Janowska B., *Psychospołeczne i andragogiczne determinanty przystosowania się do starości ludzi „trzeciego wieku"*, [w:] Z. Brańka (red.), *Z problematyki pedagogiki społecznej i opiekuńczej*, Oficyna Wydawnicza Test, Kraków 1995, s. 177-200.

Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna,* PWN, Warszawa 1974.

Kiełbasiewicz-Drozdowska I., *Zarys rozwoju refleksji teoretycznej nad problematyką rekreacji,* [w:] W. Siwiński, B. Pluta (red.), *Teoria i metodyka rekreacji,* Wyd. AWF, Poznań 2010, s. 9-27.

Kieszkowska A., *Przegląd badań nad aktywnością ludzi starzejących się i starych*, [w:] A. A. Zych (red.), *Demograficzne i indywidualne starzenie się. Wyzwania edukacyjne,* Wyd. AŚ, Kielce 2001, s. 39-54.

Klapa W., Kamińska A., *Rozpoznawanie potrzeb wolnoczasowych osób starszych poprzez wykorzystanie wybranych narzędzi diagnostycznych*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku" 2009 z. 1(1), s. 37-44.

Muchnicka-Djakow I., *Czas wolny w klubie seniora*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1984.

Napierała M., Muszkieta R., *Wstęp do teorii rekreacji*, Wyd. UKW, Bydgoszcz 2011.

Nowicka A., Błażewicz K., *Preferowane formy wykorzystywania czasu wolnego przez uczestników Klubu Seniora w Nowym Tomyślu*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2006, s. 253-273.

Orłowska M., *Przymus bezczynności. Studium pedagogiczno-społeczne czasu wolnego bezrobotnych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyd. WSP, Olsztyn 1999.

Pięta J., *Pedagogika czasu wolnego*, Zakład Wydawniczy DrukTur, Warszawa 2004.

Pikuła N., *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum", Wyd. WAM, Kraków 2011.

Przecławski K., *Wstęp,* [w:] K. Przecławski (red.), *Czas wolny dzieci i młodzieży,* WSiP, Warszawa 1978, s. 5-19.

Przecławski K., *Czas wolny dzieci i młodzieży,* [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997, s. 75-77.

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wyd. PWN, Warszawa 2011.

Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wyd. Naukowe AP, Kraków 2004.

Szatur-Jaworska B., *Problemy przystosowania do starości*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 59-61.

Szczeszek K., *Spokojny wieczór życia? – rozważania nad czasem wolnym w okresie starości*, [w:] A. Tokaj (red.), *Starość w perspektywie studiów pedagogicznych*, Wyd. WSH, Leszno 2008, s. 116-131.

Tokaj A., *U progu starości (studium socjopedagogiczne)*, Wyd. Eruditus, Poznań 2000.

Trafiałek E., *Czas wolny i wypoczynek ludzi starszych w dobie polskich przemian systemowych,* „Kieleckie Studia Pedagogiczne i Psychologiczne" 1999,t. 12, s. 205-217.

Trafiałek E., *Starość,* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5, Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa 2006, s. 945-949.

Trafiałek E., *Starość w Polsce,* [w:] T. Pilch, T. Sosnowski (red.), *Zagrożenia człowieka i idei sprawiedliwości społecznej*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2013, s. 187-201.

Winiarski R. W., *Wstęp do teorii rekreacji (ze szczególnym uwzględnieniem rekreacji fizycznej)*, Wyd. AWF, Kraków 1989.

Wnuk W., *Czas wolny osób starszych – problem rzeczywisty czy wymyślony?,* [w:] E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej*, Wyd. MarMar, Wrocław 2006, s. 47-56.

Woszczyk P., *Style życia ludzi starych, czyli co robić z czasem wolnym na emeryturze*, [w:] W. Muszyński (red.), *„Małe tęsknoty?". Style życia w czasie wolnym we współczesnym społeczeństwie,* Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 126-139.

Zrałek M., *Społeczne konteksty starzenia się w Polsce,* [w:] A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zrałek, *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*, Wyd. PWSZ, Oświęcim 2014, s. 9-50.

Katarzyna Sygulska

Osoba starsza w rodzinie – wybrane zagadnienia

Rodzina stanowi podstawową grupę społeczną. Stosunki w rodzinie opierają się na wymianie pewnych wartości, dóbr, a także usług. Relacje pomiędzy starszymi a młodszymi pokoleniami w tej pierwotnej formie życia społecznego uwarunkowane są wzajemnymi uczuciami, emocjami, obopólną troską i opieką. Poszczególne generacje w rodzinie udzielają sobie wzajemnej pomocy, która uzależniona jest od możliwości i potrzeb zarówno pomagającego, jak i potrzebującego.

Rodzina pełni wobec swoich członków bardzo ważne role. Mieczysław Łobocki opisuje następujące jej funkcje:

- prokreacyjną – dotyczy posiadania potomstwa i realizacji potrzeb seksualnych w małżeństwie,
- opiekuńczą – ma na celu udzielanie pomocy członkom rodziny w sytuacjach, kiedy sami nie mogą zaspokoić swoich potrzeb,
- gospodarczą – przejawia się w zapewnianiu bliskim osobom dóbr materialnych i odpowiedniej sytuacji bytowej,
- wychowawczą – polega m.in. na przekazywaniu wzorów zachowań, wartości, norm oraz zasad funkcjonujących w społeczeństwie, wprowadzaniu dzieci w życie społeczne, rozwijaniu kontaktów interpersonalnych, włączaniu członków rodziny do wykonywania czynności domowych,
- stratyfikacyjną – odnosi się do określonego statusu życiowego rodziny[1].

Osoby starsze mogą udzielać swoim dzieciom i wnukom pomocy materialnej, rzeczowej, a także wsparcia psychicznego. Są także nieocenionymi przekazicielami wartości, wszelkich norm oraz opiekunami najmłodszych pokoleń. Służą także radami i wskazówkami do działania, które wypływają z ich wielkiego, całożyciowego doświadczenia i mądrości. Będąc na emeryturze lub rencie, pozostając w stanie bierności zawodowej, dysponują dużą ilością czasu wolnego, który chętnie przeznaczają dla swoich bliskich. Angażują się wtedy w pomoc dla członków rodziny, np. przez realizację obowiązków domowych, na które młodszym brakuje czasu.

---

1 M. Łobocki, *Teoria wychowania w zarysie,* Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2005, s. 310-311.

Natomiast dzieci i wnuki mogą pełnić funkcje opiekuńcze w stosunku do rodzica czy dziadka. Mogą również stanowić wsparcie finansowe, informacyjne i emocjonalne dla najstarszego pokolenia w domu rodzinnym. Ponadto, skutecznie mogą przeciwdziałać samotności i izolacji seniorów, poprawiając jakość ich życia w starości.

Młodsi mogą wiele uzyskać od starszych wiekiem. Z doświadczenia rodzi się mądrość, która determinuje inne ważne wartości, takie jak zrozumienie, cierpliwość, pokora. To również świadomość ulotności ludzkiego życia. Mądrość pozwala także seniorom wygenerować dobre rady dla młodszych wiekiem. Rady te mogą dotyczyć wielu życiowych kwestii, np. drogi edukacyjnej i zawodowej, relacji interpersonalnych, hierarchii wartości.

Docenianie tego przez społeczeństwo potwierdzają przeprowadzone w 2009 roku przez CBOS badania na dużej grupie ankietowanych (N=888). Pokazują one, że zdecydowana większość Polaków postrzega osoby starsze jako potrzebne społeczeństwu, ponieważ:

- dysponują oni czasem dla swoich wnuków, kiedy ich rodzice są w pracy (97%),
- posiadają wiedzę i doświadczenie, których brakuje ludziom młodszym (95%),
- są dobrymi sąsiadami, zwracają uwagę na to, co dzieje się w ich otoczeniu (92%),
- udzielają pomocy finansowej swoim dzieciom i wnukom (90%),
- dysponują czasem na podejmowanie działalności społecznej (88%)[2].

Jak widać, na pierwszym miejscu znalazła się kwestia opieki nad wnukami. Omawiając problem seniora w rodzinie nie sposób pominąć tego tematu. Współcześnie większa liczba kobiet-matek podejmuje pracę. Do przyczyn tej zmiany, w stosunku do przeszłości, można zaliczyć względy finansowe lub pragnienie rozwoju osobistego. W sytuacji, w której oboje rodzice pracują, nieocenioną pomocą w opiece nad dzieckiem może stać się babcia lub dziadek. Szczególnie zaś wtedy, gdy rodzina nie dysponuje wystarczającymi dochodami, by móc opłacić opiekunkę, lub gdy po prostu nie chce oddać swojej pociechy w „obce ręce".

Dziadkowie przewyższają w opiece osoby „z zewnątrz" pod różnymi względami. Dają oni swoim wnukom nie tylko troskliwą opiekę, doświadczenie, ale przede wszystkim uczucie miłości. Zajmowanie się wnukami daje seniorom radość, satysfakcję i poczucie bycia potrzebnym. Problemem może być natomiast sytuacja, gdzie opieka zbytnio obciąża seniora, który

2 K. Wądołowska, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości* http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF [Dostęp: 19.04.2015].

ma kłopoty natury zdrowotnej. Kłopotliwa dla dziadka lub babci może być także zbyt duża ilość czasu poświęcana wnukom, co ogranicza samorealizację lub inne spożytkowanie czasu wolnego.

Kolejną doniosłą funkcję, jaką pełnią dziadkowie i babcie w rodzinie, jest pielęgnowanie rodzinnych tradycji oraz zwyczajów świątecznych. Trafnie tę kwestię ujmują następujące słowa: „Ogromną bowiem rolę w tym procesie przekazywania doświadczeń, podtrzymywania tego, co daje pełny obraz naszej kultury, opisuje naszą rodzinę i pomaga się odnaleźć we współczesnym świecie pełnią seniorzy. Osoby starsze bogate swoim doświadczeniem są strażnikami rodzinnych, regionalnych czy narodowych tradycji. Niejednokrotnie to dzięki ich zaangażowaniu młodzi na nowo odkrywają swoje korzenie, swój rodowód, swoją tożsamość"[3]. Wnioskując, seniorzy są niezastąpionymi przekazicielami różnych elementów kultury. Wiedza ta jest przekazywana z pokolenia na pokolenie- starsi uczą młodszych, jak np. obchodzi się święta kościelne i świeckie.

Trzeba podkreślić w tym miejscu, że sytuacja seniorów w rodzinie uległa zmianie na przestrzeni lat, tak jak przeobrażeniom poddana została cała instytucja rodziny. Po 1989 roku w Polsce doszło do zmian, które zaszły we wzorze życia rodzinnego, małżeńskiego. Można do nich zaliczyć następujące przemiany:

- zmniejszenie się skłonności Polaków do zawarcia związku małżeńskiego,
- późniejszy wiek wchodzenia w związek małżeński przez osoby młode,
- opóźnianie okresu macierzyństwa,
- większa liczba rozpadających się rodzin[4].

Zmiany te przebiegają nadal i będą miały miejsce również w przyszłości. Mają one wpływ na kwestię opieki nad niesprawnymi osobami starszymi. Mniejsza liczba osób w rodzinie ogółem oznacza mniejszą liczbę potencjalnych opiekunów seniora. Zanikające rodziny, wielopokoleniowe stanowią obecnie rzadkość. Głównie funkcjonują one w środowiskach wiejskich i w mniejszych miastach. Jak widać z powyższych danych, nie tylko zmniejszona dzietność generuje kłopoty w opiece nad niesprawnymi członkami rodziny. Także wzrastający odsetek rozwodów powoduje problemy. Rozbicie rodziny zmusza poszczególnych jej członków do opuszczenia domu. Ponad-

3 M. Banach, J. Matejek, *Seniorzy gwarantem rodzinnych tradycji i zwyczajów świątecznych*, [w:] J. Matejek, E. Zdebska (red.), *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*, Iris Studio, Kraków 2013, s. 76.

4 E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 24.

to, osłabieniu lub zanikowi ulegają więzi emocjonalne, które powinny przecież stanowić podstawę do zajmowania się bliską osobą.

Ze względu na dynamicznie przebiegające zmiany społeczne można stwierdzić, że w przyszłości zmieni się funkcjonowanie rodziny, wraz z jej najstarszymi członkami. Do przemian, które na to wpływają, można zaliczyć:

- wzrost popularności jednoosobowych gospodarstw domowych,
- zmniejszającą się sieć powiązań pomiędzy poszczególnymi generacjami,
- zwiększające się ryzyko wystąpienia psychologicznych uwarunkowań społecznego wykluczenia w okresie starości – izolacja, samotność,
- wzrost poziomu wykształcenia osób starszych, lepszy dostęp do wiedzy i informacji ,
- większa świadomość praw, wyższe oczekiwania i aspiracje seniorów,
- wzrost odległości miejsca zamieszkania członków rodziny seniorów na skutek migracji zarobkowych,
- osłabienie więzi uczuciowych pomiędzy członkami rodziny,
- renty i emerytury w mniejszym stopniu satysfakcjonujące w stosunku do zarobków z pracy ,
- pauperyzacja w okresie starości (na skutek braku pracy w czasie poprzedzającym otrzymanie uprawnień emerytalnych lub też na skutek ograniczonej aktywności zawodowej w fazie składkowej)[5].

Duża część krajów Europy nadal szuka nowoczesnych rozwiązań w kwestii organizacji działań mających wspierać seniorów w ich rodzinnym środowisku. W państwach europejskich, społeczeństwach starzejących się, problem samodzielności mieszkańców postrzegany jest jako priorytet. Przykładowo, we Francji poszczególne regiony nazywane są wręcz państwami socjalnymi. Władze dbają tam o zapewnienie przyjaznej przestrzeni życiowej dla seniorów, m.im. przez rewitalizację obszarów miejskich, inwestycje w socjalny i ekologiczny rozwój. Jednak pokutujące wśród ludności przeświadczenie o pogłębianiu się deficytów życia w starości ciągle rośnie. Nawet w zorganizowanych enklawach społecznych są wśród seniorów ludzie samotni i niesamodzielni, nieposiadający mieszkania przystosowanego do specyficznych wymagań oraz potrzeb. Wyrażają oni zapotrzebowanie na odpowiednie wsparcie, pragną mieć obok siebie opiekuna, bliską osobę[6], bo przecież dla każdego człowieka, również

5 E. Trafiałek, *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 64-65.

6 Tamże, s. 64-65.

seniora, ważne są nie tylko godne warunki bytowe, ale także rodzina, bliscy, przyjaciele, wsparcie społeczne i możliwość samorealizacji.

Przedstawiając kwestię osób starszych w rodzinie, należy wspomnieć o możliwych problemach w relacjach międzygeneracyjnych. Mieszkając pod jednym dachem trudno uniknąć nieporozumień pomiędzy pokoleniami. Mogą ona wynikać z braku cierpliwości, zrozumienia, a także niedostatecznie pogłębionej więzi emocjonalnej. Różnice w hierarchii wartości, przyzwyczajeniach, sposobie myślenia i zachowania w połączeniu z brakiem tolerancji mogą negatywnie wpływać na stosunki panujące w rodzinie. Do satysfakcjonujących relacji między domownikami przyczynić może się wzajemne zrozumienie, tolerancja i szacunek. Oczywiście, u podstaw tych wartości leży uczucie miłości, bez którego trudno o prawidłowe funkcjonowanie w środowisku rodzinnym.

Kolejną kwestią jest to, jak osoby starsze różnie są traktowane w swoim środowisku życia. Na podstawie własnych obserwacji Polacy stwierdzili (w 2009 roku), że w rodzinie najczęściej seniorów spotyka:

- życzliwość (82%),
- obojętność i brak zainteresowania (12%),
- niechęć (2%)[7].

Z danych uzyskanych przez CBOS wynika, że podejście do ludzi starszych uległo poprawie na przestrzeni lat. W 2000 roku ponad dwie trzecie badanych (69%) charakteryzowało postawę wobec seniorów jako życzliwą. Dziewięć lat później wskaźnik ten wzrósł o 13%. Widać również pozytywne przemiany w innym aspekcie – niemal dwukrotnie obniżył się odsetek osób, które twierdzą, iż starsi traktowani są obojętnie w środowisku rodzinnym. Choć niewielka część Polaków przypisuje traktowanie starszych z niechęcią, to i tutaj warto wspomnieć, że opisywany wskaźnik także uległ zmianie na lepsze – w 2000 roku wyniósł on 5%, a obecnie tylko 2%[8].

Następne zagadnienie dotyczące tematu seniora w rodzinie to opieka nad niesprawnym bliskim. Osoby starsze w sytuacji ograniczonej samodzielności potrzebują pomocy i opieki, które można zdefiniować jako „całokształt świadczeń mających na celu ułatwienie organizacji życia i zaspokajania właściwych dla wieku potrzeb. (…) Dlatego tak ważne jest zabezpieczenie społeczne, tj. system świadczeń i uprawnień gwarantujących bezpieczeństwo socjalne jednostce. System obejmuje ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji. W odniesieniu do ludzi starych system zabezpieczenia społecznego powinien gwarantować: stałe i systematyczne dochody w wy-

7 K. Wądołowska, *Polacy wobec ludzi starszych…*
8 Tamże.

sokości potrzebnej do zaspokojenia potrzeb życiowych, dostęp do usług niezbędnych ze względu na indywidualne potrzeby oraz odpowiednią sieć kontaktów społecznych"[9].

Istnieją różne uwarunkowania prowadzące do stanu zależności seniora od opiekuna. Gerontolodzy wymieniają najczęściej czynniki zdrowotne i społeczne. Do tych pierwszych można zaliczyć:

- chorobę przewlekłą (somatyczną lub psychiczną)
- zespoły geriatryczne (nietrzymanie moczu, upadki i upośledzenie lokomocji),
- upośledzenie zmysłów wzroku lub słuchu,
- kalectwo, do którego doszło w okresie starości lub we wcześniejszej fazie życia,
- niedożywienie,
- zaawansowana starość[10].

Natomiast do społecznych uwarunkowań przyczyniających się do stanu zależności osób starszych można zaliczyć następujące:

- samotne zamieszkiwanie,
- nieodpowiednie warunki życia, ubóstwo,
- nieposiadanie potomstwa,
- utrata bliskiej osoby, śmierć małżonka, rozwód, odejście dzieci z domu rodzinnego,
- pełnienie funkcji opiekuna osoby niesprawnej,
- zaniedbania i przemoc domowa,
- zamieszkanie w placówce opiekuńczej,
- tragiczne wypadki losowe, takie jak wypadek i pożar[11].

W związku z zaistnieniem powyższych czynników, należy osobie niesprawnej zapewnić odpowiednią pomoc, która może pochodzić z różnych źródeł. Michael Hill wskazuje na trzy sposoby organizowania działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych:

- działania podejmowane przez rodzinę (członkowie rodziny wykonują swoją pracę opiekuna nieodpłatnie, zamiast pracować zawodowo, a podmioty publiczne nie są obciążone kosztami),
- działania stanowią przedmiot transakcji rynkowych (usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne stanowią pracę zarobkową dla opiekunów),
- działania podejmowane przez państwo (system ten tworzy miejsca pracy)[12].

---

9 E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie*…, s. 24-25.

10 M. Halicka, *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 244.

11 Tamże, s. 244.

12 E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie*…, s. 26.

Do podstawowych kwestii związanych z opieką nad seniorem należą relacje rodzinne pomiędzy opiekunem a podopiecznym. Według badań przeprowadzonych w Polsce najczęściej funkcję pielęgnacyjną wobec starszych niesprawnych osób pełnią ich dzieci (51,1%). W następnej kolejności opiekę sprawują małżonkowie seniorów (18,2%) oraz synowe i zięciowie (13,4%). Rzadziej pielęgnacją zajmują się pozostali członkowie rodziny, w tym wnuki (6,6%), przy czym badania uwzględniały tylko osoby pełnoletnie. Przypuszczalnie odsetek wnucząt-opiekunów byłby większy, gdyby uwzględniono osoby przed uzyskaniem osiemnastego roku życia[13].

Te same badania wskazują, że większość opiekunów seniorów pełni swoją rolę pielęgnacyjną kilka godzin dziennie. Dwie trzecie (66,6%) respondentów w ciągu dnia poświęca na te czynności do pięciu godzin. Niemal co piąta osoba (18,2%) przeznacza co najmniej dwanaście godzin, a prawie co dziesiąta (9,2%) - aż całą dobę[14]. Oczywiście analizując powyższe dane nasuwa się myśl, iż nie jest fizycznie możliwe zajmowanie się podopiecznym dwadzieścia cztery godziny na dobę przez siedem dni w tygodniu. Jednak dane te wskazują na fakt, że badani, którzy podali takie informacje są dostępni dla swoich podopiecznych przez niemal cały swój czas.

Przedstawione wyniki badań przywołują bardzo ważną kwestię, mianowicie obciążenie opiekunów. Biorąc pod uwagę wszystkie ich obowiązki – opiekę nad seniorem, a często również własnymi dziećmi lub wnukami, pracę zarobkową, czynności domowe (gotowanie, sprzątanie, zakupy) i inne, nasuwa się myśl, iż są oni po prostu przeciążeni. Jeśli do tego doliczyć jeszcze dojazdy (do miejsca pracy, do podopiecznego), zajmujące dodatkowo czas i wzmagające zmęczenie, to uzyskamy obraz osoby dysponującej znikomą ilością czasu wolnego.

Brak odpoczynku, stres, przemęczenie mogą doprowadzić do spadku odporności, zmniejszenia wydolności psychicznej i fizycznej organizmu. Brak przerw w pełnieniu obowiązków może doprowadzić do wystąpienia choroby, która nawet może uniemożliwić dalsze funkcjonowanie. Dlatego konieczny jest regularny odpoczynek w pełnieniu tak wielu obowiązków. Opiekunowie starszych niesprawnych członków rodziny wymagają pomocy zarówno fizycznej, jak i duchowego, emocjonalnego wsparcia.

Jednak należy tutaj wskazać, iż opiekunowie nieformalni są w Polsce ignorowani przez system społecznego zabezpieczenia. Nie ma w naszym kraju odpowiednich rozwiązań, które pozwoliłyby pogodzić obowiązki w pracy zarobkowej z pełnieniem funkcji opiekuńczych wobec członka

13 P. Czekanowski, B. Synak, *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce,* [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi,* Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 184.

14 Tamże, s. 185.

rodziny[15]. Dodać trzeba, że opieka obciąża nie tylko fizycznie i psychicznie, ale często również finansowo. Kobiety, bo to najczęściej one pielęgnują chorych bliskich, podejmują pracę zarobkową głównie ze względów ekonomicznych (obok, m.in. potrzeby samorealizacji), aby wzmacniać budżet domowy. Dlatego też pełnienie opieki nad seniorem staje się dodatkowym czynnikiem motywującym do pracy – aby podołać zaistniałym wydatkom, w tym wydatkom na chorego.

Niestety, można powiedzieć wręcz, że obywatele zajmujący się niesprawnymi bliskimi są w pewien sposób niewidoczni: „przyjmuje się, że jeżeli nie zgłaszają problemów, to problemów nie ma, zatem trudności nie występują. Sami opiekunowie nieformalni działają na pograniczu systemu komercyjnego i nieformalnego, wykorzystując niekiedy dostępną ofertę publiczną (ale koszt materialny i niematerialny jej uzyskania jest jednak wysoki: trzeba zabiegać, wychodzić, wyprosić; często jakość usługi oceniana jest jako niska)"[16]. Potrzeby ludzi pełniących rolę opiekunów nieformalnych są w dużej mierze ignorowane. A są oni i powinni być pełnoprawnymi podmiotami oddziaływań społecznej polityki państwa polskiego.

Nie wszyscy bliscy mogą i chcą pełnić funkcję opiekuna. Różne czynniki mogą utrudniać lub nawet uniemożliwiać pełnienie roli opiekuna niesprawnych rodziców, czy innych członków rodziny. Trzeba tu wymienić następujące źródła tych trudności:

- struktura rodziny i jakość relacji rodzinnych,
- praca zarobkowa opiekuna,
- niewystarczająca ilość środków materialnych, finansowych,
- problemy zdrowotne opiekuna,
- nieodpowiednie warunki życia opiekuna lub podopiecznego,
- przemiana postaw i zachowań seniora,
- niedobór adekwatnej wiedzy i umiejętności w zakresie opieki nad niesprawną osobą,
- postawy i sposób myślenia młodszych członków rodziny[17].

Jak zostało już wcześniej zasygnalizowane, współcześnie mamy do czynienia z migracjami zarobkowymi, i to na dużą skalę. Pojawia się tutaj kwestia rozpatrzenia opieki na odległość. Rodzi się pytanie o to, jak poradzić sobie z przestrzenią dzielącą opiekuna i podopiecznego. Dystans przestrzenny powoduje:

15 M. Racław, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych, Rządowa Rada Ludnościowa,* Warszawa 2012, s. 76.

16 Tamże, s. 78.

17 M. Halicka, *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem*…, s. 247.

- scedowanie odpowiedzialności za opiekę przeważnie na jedną, wyznaczoną osobę, która pozostaje w miejscu zamieszkania podopiecznego, co łączy się nierzadko z przeciążeniem opiekuna i brakiem pomocy ze strony innych osób,
- zmianę osobistych kontaktów pomiędzy opiekującym się a podopiecznym (wykorzystywany jest telefon i Internet, a kontakty osobiste są rzadkie),
- ograniczenie form opieki, która często ogranicza się do pomocy finansowej albo emocjonalnej, występuje zjawisko tzw. uzasadnionej odległości (odległość geograficzna staje się przyczyną i usprawiedliwieniem ograniczonego pełnienia obowiązków opiekuńczych) nierzadko pojawia się zjawisko substytucji opieki innymi rodzajami pomocy,
- trudności w pogodzeniu zobowiązań rodzinnych, opiekuńczych i zawodowych (spowodowane odległością i obciążeniem czasowym dojazdami do miejsca pracy oraz domu rodziny pochodzenia i prokreacyjnej)[18].

Po przeanalizowaniu powyższych czynników nasuwa się wniosek, że sprawowanie opieki na odległość jest niezwykle trudne. Nastręcza sporo obciążeń zarówno dla jednej, jak drugiej strony układu zależności. Dla osoby dorosłej, pełniącej wiele ról społecznych – rodzica, małżonka, pracownika, przyjaciela – przyjęcie funkcji opiekuńczej staje się obciążeniem. Dodatkowo rodzi się tutaj kwestia podziału czasu przeznaczonego dla rodziny. Może występować kolizja obowiązków wobec rodziny prokreacyjnej i macierzystej.

W związku z kwestią migracji zarobkowych od niedawna można mówić o istnieniu w Polsce zjawiska eurosieroctwa osób starszych. Są to seniorzy pozostawieni przez bliskie osoby, które opuściły kraj w celu podjęcia pracy poza państwem polskim. Niejednokrotnie emigrujący Polacy, głównie kobiety znajdują za granicą zajęcie w charakterze opiekuna osób starszych[19]. W Polsce, od dłuższego już czasu, znane jest zjawisko eurosieroctwa. Jednak odnosiło się ono do dzieci, które zostały pozbawione rodzicielskiej opieki. Kiedy jedno lub oboje rodziców wyjeżdża za granicę, dziecko zostaje pod opieką innych członków rodziny (lub trafia do instytucji opiekuńczej). Obecnie grupę eurosierot – oprócz dzieci – powiększyło grono seniorów.

W sytuacji niesamodzielności osób starszych największym uznaniem cieszą się te rozwiązania, które umożliwiają im pozostanie w domu rodzinnym. Wskazują na to badania przedstawione w Raporcie o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości. Według badań Po-

---

18 J. Phillips, za: M. Racław, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa…*, s. 80

19 M. Racław, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa…*, s. 82.

lacy twierdzą, że najlepszym modelem zamieszkiwania jest mieszkanie w pobliżu swoich dzieci, jednak osobno. Badani wyrażali także oczekiwanie pomocy od dzieci w chorobie lub innej trudnej sytuacji[20]. Wypływa z tego wniosek następujący – trwałe więzi emocjonalne są bardzo ważne w rodzinie, a osoby starsze cenią sobie niezależność.

Tożsame z powyższymi danymi są również wyniki badań przeprowadzone na wielką skalę: Dialog Population Policy Acceptance Study (PPAS)[21]. Projekt ten miał na celu zdiagnozowanie opinii na temat współczesnych procesów demograficznych. Realizowano go w czternastu europejskich państwach, w tym także w Polsce. Wyniki są następujące:

- Polacy najliczniej opowiedzieli się za stwierdzeniem, iż dzieci powinny opiekować się swoimi starzejącymi się rodzicami (90,1%), a bliscy – starszymi członkami rodziny (80,2%),
- przeważająca większość (85,1%) badanych wyraziła wolę wspólnego zamieszkiwania wraz ze starszymi rodzicami,
- spośród ogółu respondentów najczęściej Polacy wyrażali pogląd, iż seniorzy winni mieszkać w rodzinnym domu, żeby mieć zapewnioną opiekę ze strony bliskich (60,2%).

Choroba starszej osoby ma wpływ na funkcjonowanie całej rodziny. Pomoc choremu jest równie ważna, jak wsparcie bliskich mu osób. Zachorowanie jednego członka rodziny skutkuje u pozostałych różnymi reakcjami emocjonalnymi. Sytuacja ta wyzwala także różnego rodzaju mechanizmy obronne, które wykorzystywane są w radzeniu sobie z trudnościami. W związku z tym pomoc rodzinie powinna opierać się na rzetelnej diagnozie problemów, potrzeb i oczekiwań wszystkich jej członków[22].

Kiedy opieka przekracza możliwości rodziny niesprawnego seniora, może ona uzyskać odpowiednią do zaistniałych potrzeb pomoc od państwa. W ramach pomocy środowiskowej bliscy osoby starszej mogą starać się o:

- świadczenia rzeczowe, materialne,
- świadczenia w formie usług opiekuńczych (gospodarczych, pielęgnacyjnych, specjalistycznych),
- miejsce w ośrodku wsparcia dziennego lub w dziennym domu pobytu,
- miejsce w rodzinnym domu pomocy lub domu pomocy społecznej,

20 E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie…*, s. 30.

21 Tamże, s. 31.

22 Por. I. Kuźmicz, *Rodzina w sytuacji terminalnej choroby bliskiej osoby*, [w:] J. Matejek, E. Zdebska (red.), *Senior w rodzinie i instytucji społecznej,* Iris Studio, Kraków 2013, s. 27-28.

- miejsce w instytucji całodobowej opieki (prowadzonej w ramach działalności statutowej fundacje, stowarzyszenia, Kościół katolicki i inne kościoły lub działalności gospodarczej – tzw. domy opieki)[23].

Zwraca się uwagę na fakt, że jakość stosunków pomiędzy bliskimi osobami zależy od wcześniejszych faz życia rodzinnego. Dotyczy to także trudnych sytuacji życiowych, np. choroby. Według L. Dyczewskiego: „Kto każdego dnia nie przekraczał siebie choć trochę, nie dawał siebie dzieciom, rodzicom, rodzeństwu, bliźnim, kto nie traktował i nie przeżywał swej pracy jako służby bliźniemu – i tego wszystkiego nie uczył swoich dzieci i wnuków – ten w ostatnim okresie życia będzie samotny. […] Więź rodzinna, na którą liczy w okresie starości każdy człowiek, musi być rozwijana i pielęgnowana we wszystkich poprzednich okresach życia”[24]. Obowiązki, jakie członkowie rodziny powinni wobec siebie pełnić w zależności od zaistniałych potrzeb są kwestią zrozumiałą. Jednak trzeba mieć świadomość, że poczucie obowiązku to nie to samo co żywienie uczucia miłości. A do przeżywania emocji nie można siebie, ani nikogo innego zmusić.

Reasumując podjęty temat – w wyniku zmian zachodzących we współczesnej rodzinie, zaniku rodzin wielopokoleniowych, migracji zarobkowych, rozpadu więzi, zmniejszenia dzietności zmienia się charakter życia osoby starszej w podstawowym środowisku jednostki. W sytuacji konieczności pełnienia funkcji opiekuńczej wobec niesprawnego seniora, należy zapewnić rodzinie odpowiednie warunki ku temu. Chodzi o to, aby zwiększyć jakość życia zarówno chorej osobie, jak i jej opiekunom, czyli członkom rodziny. Im lepsze warunki będą mieli opiekunowie, tym lepiej będą mogli wykonywać swoją pracę oraz zaspokajać własne potrzeby.

Ważne jest, aby wszystkie pokolenia w rodzinie mogły czerpać satysfakcję w każdej sferze życia. Dlatego też konieczna jest edukacja do starości, odpowiednie wychowanie młodszych pokoleń tak, aby przyszłość była lepsza. Postulatem skierowanym do wykonawców polityki społecznej jest konieczność zwiększenia pomocy rodzinom, zajmującym się niesprawnymi bliskimi. Mam tutaj na myśli pomoc zarówno materialną, finansową, jak i organizacyjną.

Rodzina stanowi podstawowe środowisko życia jednostki w każdym wieku, także w starości. Niestety, coraz częściej bywa spędzana poza nią- w samotności lub w instytucji opiekuńczej. Niemal zawsze sytuacja osoby starszej związana jest z sytuacją rodzinną, a problemy rodzinne – głównymi problemami. „Utrata autorytetu i marginalizacja osób starszych w ro-

23 Z. Szarota, *Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości*, [w:] R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 36.

24 L. Dyczewski, za: M. Halicka, *Problemy rodziny w opiece*…, s. 248.

dzinie, odrzucanie tradycyjnych wartości i przekazu międzypokoleniowego, powierzchowność relacji rodzinnych, brak czasu dla wspólnotowego życia, egocentryczne postawy poszczególnych członków rodziny, tendencje indywidualizacyjne, mała liczebność rodzin, coraz częstsza bezdzietność małżonków, częste jedynactwo i brak rodzeństwa, życie w oddaleniu przestrzennym, trudności materialne w rodzinie, także jako pochodne transformacji ustrojowej niewątpliwie tworzą niekorzystne tło dla życia rodzinnego”[25]. Zakończenie życia w samotności, z dala od najbliższych osób, jest chyba dla jednostki najgorszym scenariuszem ostatniego etapu egzystencji.

Jaka będzie przyszłość osób starszych? Trudno jest odpowiedzieć na to pytanie. Jednak życie seniorów, także to rodzinne, będzie po części zdeterminowane tym, ile dawali oni innym w poprzednich okresach rozwojowych. W myśl powiedzenia, że dobro powraca.

An elderly person in the family – selected issues

The article presents selected issues related to an older person in the family. The issues at stake include: the importance of family for humans, mutual transfer of values and services between the generations, problems in relationships, the perception of seniors by society and the transformations of the modern family. The article also touches upon the problem of care for severely disabled elderly in the family environment. Presented were the cause of dependence, characteristics mentors and their overload problems and possible forms of assistance.

Bibliografia

Banach M., Matejek J., *Seniorzy gwarantem rodzinnych tradycji i zwyczajów świątecznych*, [w:] J. Matejek, E. Zdebska (red.), *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*, Iris Studio, Kraków 2013.

Bojanowska E., Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych,* Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.

Czekanowski P., Synak B., *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi,* Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.

25 E. Dubas, *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością,* „Rocznik Andragogiczny” 20013, nr 20, s. 144-145.

Dubas E., *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny” 2013, nr 20.
Halicka M., *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi,* Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
Kuźmicz I., *Rodzina w sytuacji terminalnej choroby bliskiej osoby*, [w:] J. Matejek, E. Zdebska (red.), *Senior w rodzinie i instytucji społecznej,* Iris Studio, Kraków 2013.
Łobocki M., *Teoria wychowania w zarysie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.
Racław M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych,* Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
Szarota Z., *Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości,* [w:] R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem,* Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
Trafiałek E., *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym,* [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
K. Wądołowska, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości,* http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF [Dostęp: 19.04.2015].

Indeks

C

Ć

D

E

F

G

H

I

J

K

L

P

R

S

Z

Ż

Noty o Autorach

Monika Dorota Adamczyk

dr, Katedra Socjologii Wiedzy i Edukacji Instytutu Socjologii KUL. Autorka monografii *Aktywnie ku emeryturze* (2015), *Wprowadzenie do teorii kapitału społecznego* (2013) oraz licznych artykułów i ekspertyz, m.in.: Ball. The Mapping Project Looking forward to a dynamic Third Age National Report – Poland (2014), *Proces starzenia się populacji szansą na wzmocnienie działalności woluntarystycznej i prywatnych przepływów międzypokoleniowych w społeczeństwie polskim*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Sociologica" 2014. Członek zespołu ekspertów w projekcie Be Active through Lifelong Learning ERASMUS +. Główne zainteresowania naukowe: socjologia starości, socjologia problemów społecznych, teoria kapitału społecznego, diagnoza społeczna.

Beata Antoszewska

dr, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Specjalnej UWM Olsztyn. Zainteresowania badawcze: pedagogika specjalna, pedagogika lecznicza, psychoonkologia, w szczególności zagadnienia związane z tematyką choroby nowotworowej u dzieci, problemem śmierci i żałoby oraz relacji między lekarzem a pacjentem.

Joanna Hoffmann-Aulich

dr, adiunkt na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Zielonogórskim. Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa. Specjalista w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego. Prezes Stowarzyszenia Lubuski Senior. Członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Główne zainteresowania to geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, kształcenie pielęgniarek, praca zespołowa i w projekcie.

Anna Tworkowska-Baraniuk

dr nauk prawnych, specjalizuje się w dziedzinie prawa cywilnego i handlowego. Związana z Katedrą Prawa Cywilnego Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku. Wśród jej głównych zainteresowań pozostają zagadnienia związane z podmiotowością prawną człowieka, dobrami osobistymi oraz śmiercią człowieka i jej konsekwencjami prawnymi. Jest autorką wielu artykułów dotyczących śmierci człowieka, przemijania, i ochrony dóbr osobistych.

Urszula Bartnikowska

dr hab. prof. UWM w Olsztynie, Katedra Pedagogiki Specjalnej. Zainteresowania badawcze: osoba z niepełnosprawnością w rodzinie (w różnych rolach), dorosłość osób z niepełnosprawnością, osoby z uszkodzonym słuchem.

Iwona Benek

dr inż. arch., Katedra Teorii Projektowania i Historii Architektury, Wydział Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach.

Działalność naukowa związana z problematyką projektowania dla osób starszych z ich percepcją oraz potrzebami. Autorka około 30 artykułów, współautorka 3 monografii, prac koncepcyjnych oraz ekspertyz dotyczących obiektów dla osób starszych (domy seniora, wzorcowe mieszkanie seniora, ogrody terapeutyczne).

Iwona Bonikowska

specjalistka pediatryczna, instruktor Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Zielonogórski, wiceprezes Oddziału Okręgowego Polskiego Czerwonego Krzyża, członek Stowarzyszenia Lubuski Senior, członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Pediatrycznych, Członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Główne obszary zainteresowań: pediatria, geriatria, diabetologia, transplantacja.

Piotr Czekanowski

dr hab., prof. nadzw., Uniwersytet Gdański.

Socjolog, zainteresowania naukowe: gerontologia społeczna, socjologia starości, praca socjalna. Autor m.in. książki *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*. Współautor krajowych

i międzynarodowych projektów badawczych. Członek PTG, Gdańskiej Rady ds. Seniorów, Rady Narodowego Komitetu Seniora (oraz jego współzałożyciel), sieci badawczej EAST przy The Oxford Institute of Population Ageing.

Elżbieta Dubas

dr hab., prof. nadzw. Uniwersytetu Łódzkiego, Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej, zainteresowania badawcze: procesy rozwoju i uczenia się osób dorosłych i starszych w różnych sytuacjach życiowych (w tym badania z zakresu auksologii andragogicznej, monoseologii pedagogicznej, geragogiki, podejścia biograficznego w badaniach andragogicznych). Autorka ponad 150 prac (w szczególności artykułów) z tego zakresu.

Anna Gutowska

dr nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Andragogiki i Gerontologii Społecznej w Uniwersytecie Łódzkim. Autorka publikacji naukowych w obszarze andragogiki, andragogiki specjalnej, a także gerontologii społecznej. Główne zainteresowania naukowe to przede wszystkim: dorosłość i starość osób z niepełnosprawnością intelektualną, opieka, pomoc i wsparcie w okresie starości, geragogika, edukacja nieformalna.

Małgorzata Halicka

dr hab. prof. UwB, socjolog, gerontolog, kierownik Zakładu Socjologii Edukacji i Gerontologii Społecznej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, członek Rady do spraw Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, opiekun naukowy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku i przewodnicząca Rady Programowej UTW.

Jerzy Halicki

dr hab. prof. UwB, pedagog, andragog i gerontolog, kierownik Zakładu Andragogiki i Gerontologii Edukacyjnej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, w latach 2012-2016 prorektor do spraw dydaktycznych i studenckich, a w kadencji 2016-2020 prorektor do spraw studenckich Uniwersytetu w Białymstoku.

Małgorzata H. Herudzińska

dr, adiunkt w Katedrze Socjologii w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Szczególne zainteresowania skupia wokół życia małżeńskiego oraz rodzinnego, analizując w swoich artykułach efekty wpływu zmian społecznych na tę osobistą sferę życia współczesnego człowieka. Zagadnienia, które porusza to np.: rynek małżeński, dobór małżeński, modyfikacje ról rodzinnych, dziecko w sytuacji rozwodu czy funkcje rodziny a starzejące się społeczeństwo polskie.

Halina Worach-Kardas

prof. ndzw. dr hab. nauczyciel akademicki, gerontolog, polityk społeczny, demograf, profesor Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi. Prowadzi badania w zakresie gerontologii społecznej, demografii, polityki społecznej, aktywnego starzenia się w kontekście całożyciowej edukacji. Członek wielu stowarzyszeń naukowych, krajowych i zagranicznych. Współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Autorka pięciu monografii oraz ponad stu innych publikacji naukowych.

Emilia Kramkowska

dr, adiunkt w Zakładzie Socjologii Edukacji i Gerontologii Społecznej, Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, zainteresowania naukowe: socjologia, socjologia starości i ludzi starych, socjologia medycyny; gerontologia społeczna; główna tematyka prowadzonych badań: przemoc wobec ludzi starych.

Arleta Wojciechowska-Łącka

dr nauk medycznych, adiunkt na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Zielonogórskim. Absolwentka Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego. Doktorat na temat „Występowanie chorób nowotworowych wśród krewnych chorych na raka błony śluzowej trzonu macicy". Członek Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Specjalista z zakresu radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej.

Główne obszary zainteresowań: profilaktyka w zakresie chorób nowotworowych, dydaktyka w pielęgniarstwie i kliniczne aspekty zespołu dziedzicznego niepolipowatego raka jelita grubego.

Jan Łącki

prof. dr hab. nauk medycznych, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Zielonogórskim, specjalista chorób reumatycznych.

Główne zainteresowania: immunopatologia chorób tkanki łącznej oraz genetyczne aspekty chorób autoimmunologicznych.

Anna Maria Majchrzycka

mgr, członek i pracownik WSWOP „Hospicjum Domowe".

Aldona Małyska

dr, adiunkt w Katedrze Teorii Wychowania Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Zainteresowania badawcze autorki zogniskowane są wokół zagadnień relacji międzypokoleniowych, aktywności twórczej oraz patologii społecznych i działań animacyjnych w profilaktyce.

Do swoich osiągnięć zalicza: powołanie w roku 2014 Stowarzyszenia Uniwersytet Międzypokoleniowy przy Wydziale Nauk Społecznych UWM w Olsztynie, którego podstawowym celem jest propagowanie i realizowanie idei integracji międzypokoleniowej, w tym organizowanie konferencji naukowych i seminariów międzypokoleniowych, pełnienie funkcji sekretarza tego Stowarzyszenia; ponadto współpracę z seniorami, w tym realizację wykładów dla słuchaczy z UTW i ATW w Olsztynie, Iławie, Kętrzynie, Elblągu, Morągu i Nowym Mieście Lubawskim.

Elżbieta Mirewska

pracownik socjalny, pedagog, wieloletni praktyk i teoretyk pracy socjalnej, nauczyciel akademicki. Pracuje w Instytucie Pracy Socjalnej Uniwersytetu Pedagogiczngo im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.

Dorota Niewiedział

dr, adiunkt w Instytucie Psychologii w Zakładzie Psychologii Rozwoju Człowieka na Uniwersytecie Zielonogórskim, psychoterapeutka od lat współpracująca z osobami starzejącymi się i ich opiekunami w placówkach pomocy społecznej w Zielonej Górze. Członek Lubuskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Zainteresowania badawcze koncentrują się wokół problematyki psychogerontologicznej ze szczególnym

uwzględnieniem kontekstu życia i sytuacji psychospołecznej starzejących sie kobiet-wdów. Aktualnie przedmiotem uwagi stał sie problem „stylu odwiązania" od zmarłego partnera życiowego hipotetycznie determinujący funkcjonowanie bio-psycho-społeczne osamotnionych seniorek.

Dorota Nowik

doktorantka na wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku; nauczyciel-wychowawca w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Kętrzynie, były Pełnomocnik Burmistrza Miasta ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w Kętrzynie; była przewodnicząca Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w Kętrzynie.

Iwona A. Oliwińska

dr, adiunkt w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Zainteresowania koncentrują się wokół problematyki badania stylów życia grup marginalizowanych miejskich i wiejskich, metod badań jakościowych, statusu badacza terenowego w procesie badawczym. Ostatnia publikacja: *Społeczność lokalna w badaniu. Gmina Tolkmicko*. I. Oliwińska, A. Jawłowski (red.), ISNS, Warszawa 2015.

Monika Lato-Pawłowska

asystent na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Zielonogórskim, pielęgniarka na Oddziale Kardiologii.

Główne obszary zainteresowań: jakość opieki pielęgniarskiej, profilaktyka w zakresie chorób sercowo-naczyniowych.

Tomasz Różański

dr, adiunkt w Katedrze Socjologii Edukacji i Pedagogiki Społecznej Wydziału Nauk Pedagogicznych UMK w Toruniu. Zainteresowania badawcze: pedagogika rodziny, pedagogika czasu wolnego, animacja społeczno-kulturalna, gerontologia społeczna.

Anna Jakrzewska-Sawińska

dr nauk medycznych, wiceprezes WSWOP „Hospicjum Domowe".

Krzysztof Sawiński

dr nauk przyrodniczych, prezes WSWOP „Hospicjum Domowe".

Katarzyna Sygulska

asystent w Katedrze Pedagogiki Społecznej i Andragogiki oraz doktorantka Wydziału Pedagogicznego na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. Absolwentka pedagogiki społeczno-opiekuńczej na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie oraz historii na Uniwersytecie Jagiellońskim. Zainteresowania naukowe koncentrują się na pedagogice społecznej, gerontologii i doświadczeniach życiowych.

Anna Szafranek

dr, adiunkt w Instytucie Prawa i Administracji Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, członek zespołu badawczego w ramach trzech międzynarodowych projektów podejmujących tematykę przemocy względem starszych kobiet.

Zofia Szarota

dr hab., prof. Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.

Zainteresowania badawcze: problemy pedagogiki społecznej, andragogiki, gerontologii społecznej. Redaktorka naczelna półrocznika „Exlibiris Biblioteka Gerontologii Społecznej", członkini komitetów redakcyjnych kilku czasopism naukowych, np. „Edukacji Dorosłych", „Edukacji Ustawicznej Dorosłych", członkini zarządu Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego, Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych. Popularyzatorka wiedzy w UTW, wykładowca pozaformalnego nurtu edukacji dorosłych, członkini Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej. Autorka ponad 120 publikacji.

Grażyna Milewska-Wilk

asystent na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Zielonogórskim, położna, mgr pielęgniarstwa. Członek Stowarzyszenia Lubuski Senior oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego,

Główne obszary zainteresowań: jakość opieki pielęgniarskiej, opieka nad noworodkiem i matką, optymalne sposoby porodu.